

Franziska Fichtner

Kindheiten zwischen Nationalsozialismus, Zweiten Weltkrieg und Nachkriegszeit.  
Eine empirische Untersuchung zur Bedeutung von Biographie im Pflegeprozess in der  
stationären Altenpflege.

Eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2014

Erstleserin: Prof. Dr. Gudrun Ehlert

Zweitleser: Dr. Michel C. Hille

## **Bibliographische Beschreibung**

Fichtner, Franziska:

Kindheiten zwischen Nationalsozialismus, Zweiten Weltkrieg und Nachkriegszeit.

Eine empirische Untersuchung zur Bedeutung von Biographie im Pflegeprozess in der stationären Altenpflege. 59 Seiten.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit 2014

## **Referat**

Diese Arbeit setzt sich mit der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeheimen auseinander. Dabei wird die jetzige Situation in Altenpflegeheimen und die Fragestellung der Bachelorarbeit: „Welche empirisch nachweisbare Bedeutung hat der Einbezug der Biographie in den Pflegeprozess der stationären Altenpflege?“ untersucht. Die Bedeutung von biographischen Wissen wird anhand von Kompetenz, Potentiale und subjektiven Gesundheitserleben versucht zu belegen. Außerdem wird ein Abriss der zeitgeschichtlichen Erfahrungen des Nationalsozialismus, Zweiten Weltkrieg und Nachkriegszeit und der Spätfolgen für die Geburtskohorte 1930-1934 wieder gegeben. Nach einen Blick auf die Lebens- und Arbeitswelt Altenpflegeheim werden am Ende Rückschlüsse in Bezug auf die Fragestellung gezogen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführende Worte.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Das Alter.....</b>	<b>6</b>
1.1 Der alternde Mensch – Einige Überlegungen zum Altersbild.....	6
1.2 Kompetenz im Alter.....	7
1.3 Potentiale und Entwicklung im Alter.....	8
1.4 Subjektives Gesundheitserleben im Alter.....	11
<b>2 Die Bedeutung von Biographie.....</b>	<b>13</b>
2.1 Biographie - Begriffserklärung.....	13
2.2 Biographie im Alter.....	14
2.3 Die Bedeutung von Biographie im Pflegeprozess.....	16
2.4 Biographie - Arbeit als Methode.....	17
<b>Zwischenbilanz.....</b>	<b>20</b>
<b>3 Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 zwischen Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg.....</b>	<b>21</b>
3.1 Narratives Interview.....	21
3.1.1 Vorbereitung.....	22
3.1.2 Durchführung.....	22
3.2 Zeitgeschichtliche Erfahrungen.....	23
3.2.1 Zeitgeschichtliche Einordnung.....	23
3.2.2 Zahlen und Daten zur Betroffenheit.....	26
3.2.3 Nationalsozialistische Erziehungspolitik.....	27
3.2.4 Die Abwesenheit der Väter.....	29
3.3 Zusammenfassung.....	32
<b>4 Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 im stationären Pflegekontext.....</b>	<b>33</b>
4.1 Spätfolgen der Kriegserfahrungen.....	33
4.1.1 Langzeitfolgen von Flucht, Vertreibung und Ausbombung.....	33
4.1.2 Ich-Syntone Verhaltensweisen der Kriegskinder.....	34
4.1.3 Psychische Störungen.....	35
4.1.4 Trauma-Reaktivierung und Re-Traumatisierung.....	36

4.2 Die Rolle der Institution Altenpflegeheim.....	36
4.2.1 Pflegebedürftigkeit und die Institution Altenpflegeheim.....	36
4.2.2 Umzug in ein Altenpflegeheim.....	39
4.2.3 Lebenswelt Altenpflegeheim.....	41
4.2.4 Arbeitsplatz Altenpflegeheim.....	44
4.2.5 Biographisches Wissen seitens der Pflegenden.....	48
4.3 Auswertung.....	49
<b>Resümee.....</b>	<b>53</b>
<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>55</b>
<b>Selbstständigkeitserklärung.....</b>	<b>60</b>

## Einführende Worte

Jedes konkrete Wesen in der ebenfalls konkreten Situation, der es die Stirn zu bieten hat, hat gegenüber jedem anderen Wesen und jeder anderen Situation etwas Einmaliges und Unvergleichbares an sich.

Gabriel Marcel

Ganz im Sinne von Gabriel Marcel's Worten, steht diese Arbeit unter dem Aspekt der Einmaligkeit jedes Menschen und der Einmaligkeit jedes gelebten Lebens.

Diese Arbeit setzt sich mit der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeheimen auseinander. Dabei wird die jetzige Situation in Altenpflegeheimen und die Fragestellung der Bachelorarbeit: „Welche empirisch nachweisbare Bedeutung hat der Einbezug der Biographie in den Pflegeprozess der stationären Altenpflege?“ untersucht.

Neben der Dimension Biographie befasst sich diese Bachelorarbeit mit einer zweiten Dimension: den Auswirkungen von Krieg, 70 Jahre danach. „Der Krieg. Er ist nicht tot, der Krieg.“ hätte Rio Reiser jetzt singen können. Denn die Menschen, die ihn erlebt haben, leben unter uns. Der Krieg ist nicht nur im Moment der Kriegshandlungen „schrecklich“. Er beeinflusst die Menschen darüber hinaus. Er lebt in ihnen fort. Bis an ihr Lebensende und von Generation zu Generation.

Die Auseinandersetzung mit dem Alter ist eine Herausforderung, ist sie doch dringlicher verbunden mit der Frage nach dem (Gewesen-) Sein und der existentiellen Begrenztheit des Lebens als alle anderen Lebensabschnitte. Die Auseinandersetzung weckt Ängste und wirft Fragen auf: Fragen nach dem Sein, Fragen nach dem großen Ganzen, Fragen nach dem Danach. Und damit wäre die dritte Dimension dieser Arbeit angesprochen. Und diese können natürlich nicht empirisch nachgewiesen werden. Und das ist auch gut so, denn „Werde, der du bist.“, um mit Nietzsche zu sprechen, und nicht: „Werde, was man dir sagt, was du sein sollst!“. Die Auseinandersetzung mit dem Alter lässt mich nach Innen, nach der Bedeutung meines eigenen Seins schauen. Die Bachelorarbeit ist nun ein Teil dessen, was ich mein Geworden-Sein nenne.

Diese Bachelorarbeit besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil versucht die Bedeutung von biographischen Wissen anhand von Kompetenz im Alter, Potentiale im Alter und subjektiven Gesundheitserleben zu belegen. Danach folgt ein Kapitel zur Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Lebensgeschichte im Alter. Am Ende des

ersten Teils wird die Biographie-Arbeit als Methode eines ganzheitlichen Pflegeprozess vorgestellt. Nach einer Zwischenbilanz folgt der zweite Teil dieser Arbeit. Dieser umfasst einen Abriss der zeitgeschichtlichen Erfahrungen und deren Spätfolgen. Anschließend wird ein Blick auf die Lebens- und Arbeitswelt Altenpflegeheim geworfen, um am Ende Rückschlüsse ziehen zu können, ob biographisches Wissen in der Institution Altenpflegeheim während des Pflegeprozess einbezogen wird, und in wie fern der Pflegeprozess mit den Kriegserfahrungen kollidieren könnte. Dabei wird belegt, welche Bedeutung der Einbezug der Biographie im Pflegeprozess haben könnte.

Die Fragestellung wurde durch die Methode der Literaturrecherche untersucht. Für das Kapitel „Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 zwischen Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg“ wurden zwei Zeitzuginnengespräche mit Hilfe des narrativen Interviews durchgeführt.

# **1 Das Alter**

## **1.1 Der alternde Mensch – Einige Überlegungen zum Altersbild**

Während der Literaturrecherche bin ich auf verschiedene Theorien gestoßen, die sich unter verschiedenen Gesichtspunkten mit dem Altern beschäftigen: die Theorien um das Erfolgreiche Altern, die Kontinuitätstheorie, die Theorie Normativer und Nicht-Normativer Lebensereignisse, die Entwicklungsaufgaben nach Havighurst, die Struktur- und Stabilitätstheorie der Persönlichkeit nach Costa und McCrae und die psycho-sozialen Entwicklungsaufgaben nach Erikson. Die Ansätze lassen sich in zahlreichen Fachbüchern nachlesen und es soll, auf Grund der Komplexität dieser Ansätze, dem/der nachschlagenden Leser/in selbst die Freiheit gegeben sein, sich darüber zu informieren.

Meines Erachtens kann jeder Mensch die eigentliche Frage nach dem „Alter“ nur selbst beantworten. Wann stellt man fest, dass man alt ist? Wer legt fest, wie sich alt sein anfühlt? Ab wann definiert sich der Mensch selbst als alt? Ist er es erst dann, wenn das eigene Spiegelbild oder die Umwelt es reflektieren? Oder wird gar vom Altern des Geistes gesprochen? Lebt nicht in dem alternden Körper der selbe Geist weiter, der auch schon in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter lebte? Der alles ist und dies für immer in sich vereint? Ich möchte versuchen den alten Menschen nicht nur auf das Alter zu reduzieren, sondern auf sein Geworden- und Mensch-Sein.

So, wie bei anderen Lebensaltern nach subjektiven Überzeugungen der handelnden Person geschaut wird, sollte dies bei Menschen im höheren Lebensalter auch der Fall sein. Dies schließt die biologischen, ökonomischen und lebensweltlichen Rahmenbedingungen nicht aus. Vielmehr spielen alle Faktoren, wie Puzzleteile, in Einbezug altersrelevanter Situationen und Kontexte, eine Rolle und ergeben dadurch ein Gesamtbild. Hinter Verhalten und Handeln des alten Menschen steht eine subjektive Handlungsorientierung, welche sich durch lebenslange Entwicklungsprozesse im jeweiligen sozialen und kulturellen Umfeld gebildet hat. Sinnhaftigkeit von Handlungen, Lebenssinn, Binnenperspektive sowie Lebensorientierung lassen sich nicht allgemein formulieren. Der Mensch wird geformt durch subjektive, einmalige Erfahrungen und Erlebnisse im Laufe seiner Biographie.

Altern ist kein allgemein gültiger Begriff, sondern ein Prozess zunehmender Differenzierung, verstärkt durch die Individualisierung von Lebensläufen (vgl. Kaiser 1992b, S. 17ff). Die Verarbeitung von Belastungssituationen, die das Altern bedingt, hängen von komplizierten psychischen Verarbeitungsprozessen auf kognitiver und

emotional-motivationaler Ebene ab und ist individuell. Das Verhältnis der Menschen zum eigenen Altwerden und der Lebensgestaltung im Alter hat seinen Ursprung in der Biographie der Person. Bei der Beschäftigung mit alten Menschen sind neben den Theorien um das Altern, der Einbezug des subjektiven Erlebens und Urteilens unverzichtbar. Darüber hinaus sollte die Betrachtung nicht unabhängig von emotionalen, situativen und somatischen Faktoren geschehen (vgl. Thomae 1992, S. 68ff).

## **1.2 Kompetenz im Alter**

Kompetenz im Alter meint die Gesamtheit der Fähigkeiten eines Menschen, welche zur effektiven und erfolgreichen Bewältigung im Umgang mit den Anforderungen des Lebens im Alter beitragen. Der Begriff der Kompetenz im Alter bezieht verschiedene Dimensionen ein: die körperliche Dimension mit den biologischen Vorgängen, die sich kaum oder gar nicht beeinflussen lassen, die Dimension der routinierten Vorgänge wie psychosomatische Abläufe und die Dimension der individuellen Handlungen, die ein komplexes Zusammenspiel aus Kultur, Gesellschaft und dem Handeln selbst des Menschen ist, welches er als sinnvoll begreift (vgl. Kaiser 1992a, S. 171ff).

Kaiser (1992a) stellt die These auf, dass die Kompetenz eines Menschen im Alter von seiner subjektiven Überzeugung abhängt, Fähigkeiten in sich selber zu suchen, sie zu entdecken und am Ende auch zu nutzen (ebd.). Auch der Aspekt der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, in Anbetracht zunehmender Einschränkungen der Gesundheit eine Rolle. Aber auch durch die Wahrnehmung der Veränderung der Zeitperspektive im Hinblick auf die eigene Endlichkeit. Mit den biologischen Alterungsprozess einhergehende chronische sowie sensorische und motorische Einschränkungen des Körpers machen die Aufrechterhaltung eines selbstständig geführten Lebens zu einer zunehmenden Aufgabe. Damit gewinnt auch die Selbstverantwortung im Alter eine große Bedeutung. Diese Aspekte sind zwar auch für andere Lebensabschnitte charakteristisch, es ist aber zu bedenken, dass durch den Wegfall von beruflichen Rollen, den damit verbundenen Wegfall eines strukturgebenden Verantwortungsbereiches im Alltag und der im hohem Alter zunehmenden Behandlungsbedürftigkeit, der damit empfundenen Abhängigkeit von Personen, Hilfsmitteln und Institutionen, Selbstverantwortung und ein selbstständig geführtes Leben zunehmend an Bedeutung gewinnen. Bei Pflegebedürftigkeit hängt die Kompetenz eines Menschen im hohen Maße von den Rahmenbedingungen der Pflege und von der eigenen Bereitschaft ab, Fähigkeiten aufrechtzuerhalten und zu nutzen. (vgl. Kaiser 1992a, S. 171ff).



Zusammenfassend lässt sich Kompetenz im (hohen) Alter wie folgt definieren:

„Sie beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung (oder Wiedererlangung) eines möglichst selbstständigen, selbstverantwortlichen Lebens in seiner Umwelt. [Die Auseinandersetzung und die Art der Annahme der eigenen Endlichkeit nimmt eine besondere Stellung ein.]“ (Kruse 1996, S.293; Einfügung; F.F.).

In der Definition bedeutet die Umwelt, dass der Mensch innerhalb seines Lebensraums handelt und durch den Lebensraum selbst beeinflusst wird. Innerhalb diesem macht er Erfahrungen, entwickelt oder vernachlässigt Fähigkeiten und verarbeitet die jeweiligen Anforderungen (vgl. Kruse 1996, S. 293).

Im nachfolgenden Kapitel soll auf die Fähigkeiten, Potentiale und Entwicklungsmöglichkeiten im Alter näher eingegangen werden.

### **1.3 Potentiale und Entwicklung im Alter**

Andreas Kruse stellt in „Potentiale im Alter und ihr Einfluß auf die Überwindung von Krisen“ (1992b) einige empirisch belegte Fähigkeiten dar, die auch als Potentiale oder Kräfte des Alterns benannt werden. Er weist jedoch darauf hin, dass es sich bei diesen Fähigkeiten keineswegs um allgemeingültige altersspezifische Prozesse handelt, da sie nicht bei allen Menschen erkennbar sind. Jedoch scheinen sie von einem nicht unerheblichen Teil älterer Menschen verwirklicht zu werden. Sie fördern die Annahme des eigenen Alterns und die selbstverantwortliche Gestaltung des eigenen Lebens. Es sei erwähnt, dass zu dem die Dimensionen Biographie, die gegenwärtige Situationsdeutung und die Zukunftsperspektive eine Rolle spielen (vgl. Kruse 1992b, S. 112ff). Die empirisch ermittelten Potentiale im Alter fasst er wie folgt zusammen:

- „Differenzierte Wahrnehmung der Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Existenz, der eigenen Leistungsstärken und Leistungsschwächen
- Kompetente Auseinandersetzung mit den praktischen Lebensanforderungen, die auf Lebenserfahrung gründet
- Hervorhebung positiver Aspekte der Lebenssituation auch bei der Einschränkungen und Verlusten
- Veränderung im Schwerpunkt der Zukunftsperspektive: Die weiter entfernt liegenden Ziele treten in den Hintergrund, die in naher Zukunft liegenden Pläne und Vorhaben in den Vordergrund
- Neubewertung einzelner Lebenssituationen im biographischen Rückblick, verbunden mit der Annahme des eigenen Lebens

- Annahme und Hinnahme der eigenen Begrenztheit, so auch der Endlichkeit der eigenen Existenz
- [Gerotranszendenz] - Wachsende Fähigkeit und Bereitschaft, das eigene Leben in eine umfassendere Ordnung zu stellen (zum Beispiel in die Ordnung einer natürlichen Generationsfolge)
- [Generativität] - Interesse und Engagement für nachfolgende Generationen“ (Kruse 1992b, S. 114; Einfügung: F.F.)

Damit Potentiale geöffnet und genutzt werden können, bedarf es eines reflektierten Umgangs der Person mit sich selbst und der Überzeugung, die eigene Innenwelt verändern und gestalten zu können.

Darüber hinaus behindert ein defizitär-orientiertes Bild über das Altern die potentielle Leistungsfähigkeit eines Menschen – Leistungsfähigkeit nicht im ökonomischen Sinne, etwas leisten oder ein Soll im Alter erfüllen zu müssen, welches dem gesellschaftlich-leistungsorientierten Bild entspricht - und übersieht auch die Möglichkeiten der Weiterentwicklung.

Es ist nicht abzustreiten, dass der biologische Alterungsprozess den Menschen vor neuen Aufgaben stellt, die tatsächlich als belastend erlebt werden können. Doch sollte nicht übersehen werden, dass in jeder Aufgabe, die sich uns im Laufe des Lebens stellt, auch ein Entwicklungspotential steckt. Damit meine ich nicht, dass es einen Soll-Zustand von Entwicklung oder Erlangen von Fähigkeiten gibt, deren Maßstab die Jugend oder das Erwachsenenalter ist. Vielmehr bringt das Alter eigene Entwicklungsmöglichkeiten und Potentiale mit sich.

Entscheidend ist hierbei, welche Einstellung wir als Menschen und als Gesellschaft gegenüber der Öffnung von Potentialen haben. Dabei sollten Räume geöffnet werden, die den Menschen verschiedener Generationen die Möglichkeit geben miteinander in Kontakt zu treten. Nicht zuletzt ist unsere Einstellung zu alten Menschen auch die Einstellung zu dem eigenen Leben, denn „vorzeitig sterben oder altern – eine andere Wahl haben wir nicht.“ (De Beauvoir 1977, S. 240). Im Leben werden wir keinen Punkt erreichen, an dem ein Schlussstrich unter unsere Entwicklung gezogen werden kann – man stelle sich das vor: ein Leben in Resignation und Erstarrung. Im Gegenteil, die Entwicklung des Ichs schreitet gleichzeitig mit dem Leben voran. Deswegen sollte sich ein differenziertes Bild über das Alter entwickeln: innerhalb der Gesellschaft und in jedem selbst.

Wie jede andere Lebensphase auch, kann das Altern aus der Verletzlichkeitsperspektive *und* der Potentialperspektive betrachtet werden. Gerade durch die kognitiven und

körperlichen Einschränkungen, die mit dem hohen Alter einhergehen, wird oft dazu geneigt nur die eine Sicht der Verletzlichkeit einzunehmen. Eine doppelte Perspektive würde die Schwächen und Ängste akzeptieren und respektieren, und zugleich bereit sein, die Stärken zu suchen und zu finden (vgl. Kruse 2014a, S. 7).

Altern *ist* ein natürlicher Prozess, der zum Leben gehört und keine Krankheit, die nur den anderen passiert oder die man gar bekämpfen muss. Das Bewusstsein sollte dafür gestärkt werden, dass der Mensch ein lebenslang fühlendes und denkendes Wesen ist. In Bezug auf die Endlichkeit scheint nicht nur eine Entwicklungsmöglichkeit, sondern auch eine Entwicklungsnotwendigkeit zu existieren. Hermann Hesse drückt es in dem Gedicht „Stufen“ passend aus: „Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!“

#### Stufen – Hermann Hesse

Wie jede Blüte welkt und jede Jugend  
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,  
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend  
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.  
Es muß das Herz bei jedem Lebensrufe  
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,  
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern  
In andre, neue Bindungen zu geben.  
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,  
Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.  
  
Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,  
An keinem wie an einer Heimat hängen,  
Der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,  
Er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten.  
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise  
Und traulich eingewohnt, so droht Erschlaffen,  
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,  
Mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.  
  
Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde  
Uns neuen Räumen jung entgegen senden,  
Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...  
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!

#### **1.4 Subjektives Gesundheitserleben im Alter**

Das gesellschaftliche Bild über die Gesundheit im Alter vermittelt zwei gegensätzliche Pole. Zum Einen, das des rüstigen, ewig jung gebliebenen Alten, und zum anderen, das des körperlich eingeschränkten, multimorbiden Alten (vgl. Arnold 1992, S. 127). Beide Pole sind eine Stigmatisierung des Menschen, hinter der eine gewisse Erwartungshaltung an dessen Handeln und Verhalten steht (ebd.). Gesundheitserleben bedeutet mehr.

Das subjektive Gesundheitserleben hängt von intraindividuellen Formen der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Belastungen ab. Damit sind biographische Faktoren, das Ausprägungsmaß der allgemeinen stabilen Persönlichkeitseigenschaften, die Art und das Ausmaß erlebter gegenwärtiger Belastungen, die erlebte soziale Integration und Unterstützung, der Grad psychischer und sozialer Aktivität und die innere Überzeugung, die Situation verändern zu können oder sie zu beherrschen gemeint (vgl. Kruse 1992b, S.89). Darüber hinaus prägen inner- und außerfamiliäre Sozialisationseinflüsse das subjektive Gesundheitserleben ebenso wie die Einstellung der Gesellschaft gegenüber dem Alter. Das gesellschaftliche Bild und die Umwelt des Menschen kann mit dem Alter ein defizitäres Bild verbinden, welches von Abbau, Resignation und Krankheit geprägt ist, und sich damit auf das Gesundheitserleben negativ auswirken. Andererseits kann die Gesellschaft und Umwelt unterstützend wirken. Damit wären sie eine bedeutende Voraussetzung dafür, das subjektive Gesundheitserleben positiv zu beeinflussen (ebd.).

Das individuelle Erleben gesundheitlicher Einschränkungen hat Andreas Kruse 1990 in einer Studie zur Kompetenz im Alter untersucht. Im Folgenden werden die wichtigsten Faktoren vorgestellt, die den Menschen im Alter in seinem Gesundheitserleben beeinflussen. Besonders belastend wirken sich demnach einzelne körperliche Einschränkungen aus, die nicht durch starke Konzentration auf andere intakte Körperfunktionen kompensiert werden können, z. B. gleichzeitige Einschränkungen in Hör- und Sehvermögen. Ebenso gehen (chronische) Schmerzzustände häufig mit einer hohen psychischen Belastung einher. Seelische Prozesse beeinflussen die Schmerzzustände, in dem sie diese verstärken, überlagern oder verschlimmern können. Aus diesem Grund bedarf es bei (chronischen) Schmerzen eines interdisziplinären Zugangs. Die erlebte gesundheitliche Situation steht in einem umfassenden Kontext, der den sozialen Lebensraum der Person mit einschließt. So führen beispielsweise die Überzeugungen, andere Menschen lehnen einen wegen körperlichen und kognitiven Einschränkungen ab, und die Überzeugung, als alternde Person hat man keine Kraft mehr intensive Beziehungen zu gestalten, zu dem belastenden Gefühl, alte Menschen seien in

sozialen Beziehungen benachteiligt. Die gegenwärtige Wahrnehmung des Alterns und des subjektiven Gesundheitserlebens wird von der gedanklichen Vorwegnahme der Zukunft beeinflusst. Viele der UntersuchungsteilnehmerInnen sehen das hohe Lebensalter als Risiko für körperliches und seelisches Wohlbefinden an. Dieses defizitäre Altersbild, so wurde häufig angegeben, werde neben den Erfahrungen aus dem Bekanntenkreis, durch die öffentliche Diskussion über die hohe Pflege- und Hilfsbedürftigkeit im Alter vermittelt. Damit sei noch einmal auf den Einflussfaktor Gesellschaftsbild und die Lebensumwelt des Menschen hingewiesen und deren Einfluss auf das subjektive Erleben von Gesundheit und Krankheit (vgl. Kruse 1992b, S. 105ff).

Die Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen könnte auch als innerer Entwicklungsprozess gesehen werden, in der die Chance einer Weiterentwicklung liegt. Auf der Grundlage der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst und der Theorie der psycho-sozialen Krise nach Erikson hängen die gegenwärtigen subjektiven Potentiale, objektive Gesundheitsbelastungen zu verarbeiten, von dem Maß der Verwirklichung von Potentialen in vorherigen Lebensabschnitten ab und damit von dem Grad „erfolgreichen“ Lösens von früheren Entwicklungsaufgaben und Krisen. Kruse (1992b) weist damit auf die Kontinuität menschlicher Entwicklung im Lebenslauf hin, die Havighurst, aber auch Erikson und andere in ihren Theorien beschrieben haben, wenn er die Entwicklung in früheren Lebensabschnitten als bedeutsamen Faktor für die Bewältigung gegenwärtiger Aufgaben sieht (ebd., S. 98). Somit kann ein Mensch trotz schwerer objektiver gesundheitlicher Belastungen, psychisch und kognitiv „gesund“ sein.

Zwar wirken sich dauerhaft schwere körperliche Belastungen auf die psychische und kognitive Ebene aus, aber eine generalisierende Aussage darüber, dass körperliche Leistungsminderung gleich psychischer und kognitiver Leistungsminderung sei, kann nicht getroffen werden (vgl. Kruse 1992b, S. 101ff). Es ist nicht abzustreiten, dass bestimmte Bewältigungsressourcen gesundheitlicher Belastungen bei alten Menschen auf Grund von Multimorbidität, gegenwärtigen belastenden Lebensereignissen oder geringeren finanziellen Mitteln reduzierter sind. Es bedarf deshalb einer ganzheitlichen Unterstützung des alten Menschen, die nicht nur körperorientiert sein sollte. Darüber hinaus spielen folgende Ressourcen eine wichtige Rolle: Autonomie und Selbstständigkeit, eine sinnvolle Alltagsgestaltung, eigene Kontrollüberzeugungen, eine realistische Zielsetzung, soziale Unterstützung und die konstruktive Auseinandersetzung mit Veränderungen (vgl. Arnold 1992, S. 117ff).

## **2 Die Bedeutung von Biographie**

### **2.1 Biographie - Begriffserklärung**

Biographie und Lebenslauf besitzen unterschiedliche Bedeutungen. Der Lebenslauf dokumentiert äußerliche, allgemeine Faktoren eines Menschen, während die Biographie der Interpretation und der Rekonstruktion des Individuums unterworfen ist. Der Blick auf die eigene Biographie ist kein starrer, sondern ein sich ständig wechselnder Blick, in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie Gemütszustand, Lebenssituation, Lebenskrisen und Lebenskonstrukten. Über Biographie sprechen bedeutet die Darstellung der eigenen Lebensgeschichte und ist Ausdruck des persönlichen Profils (vgl. Schilder 2007, S.85). Biographie besteht aus mehreren Teilaspekten, so zum Beispiel die Berufsbiographie oder die Familienbiographie. Bei der Auseinandersetzung mit einem Teilaspekt, sind die anderen Teilaspekte der Biographie in gewisser Form, implizit enthalten (vgl. Opitz 1998, S. 31). Der biographische Wissensbestand besteht somit aus drei Aspekten: die individuelle lebensgeschichtliche Vergangenheit, die intergenerationale lebensgeschichtliche Vergangenheit und die historisch-kollektive Vergangenheit (vgl. Hoerning 1989, S.153).

Gerade durch die Einbettung der Biographie in eine historisch-kollektive Vergangenheit, ist es notwendig, zeitgeschichtliches Wissen und dabei die subjektive Konstruktion des Individuums in Bezug auf die „große Geschichte“ zu beachten um Stereotypisierung zu vermeiden. Damit sind auch gesellschaftliches, politisches und soziales Engagement gemeint (vgl. Schilder 200, S. 86).

Ein wichtiger Begriff im Zusammenhang mit Biographie ist die Erfahrung des Menschen. Erfahrung ist der Umgang mit jetzigen Situationen, in dem zurückliegende Ereignisse aus der gegenwärtigen Perspektive neu bewertet und daraus Schlüsse und Konsequenzen für die Zukunft gezogen werden (ebd., S. 87f). Die Erinnerung an die eigene Biographie ist geprägt von subjektiv wichtigen Ereignissen, Erfahrungen und Entwicklungen. Wichtige lebensgeschichtliche Erfahrungen erscheinen dabei wie Knoten in einem Faden. Dabei hat das Erinnern eine dynamische Natur, die zugleich bewahrend als auch modifizierend wirkt. Der Mensch ist zwar Urheber seiner Erinnerungen, wird aber gleichzeitig durch das Entstehen neuer Deutungsmuster beim Erinnern beeinflusst (ebd.).

Auch die aktuelle Situation beeinflusst das Erinnern und die Interpretation des Erfahrenen. Neue Interpretationsmuster werden an die jeweilige Situation angelegt und somit das Selbstbild von der gegenwärtigen Auffassung des Vergangenen, in Ausstrahlung an die

Zukunft beeinflusst. Die gegenwärtige Situationsdeutung ist also geprägt von der Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsdimension (ebd. S. 90ff). Lebensgeschichtliche Erinnerungen stellen eine Art Rekonstruktionsarbeit des Vergangenen im Zusammenhang mit der individuellen Lebensgeschichte dar. In lebensgeschichtlichen Erfahrungen liegen Potentiale, die durch das Erinnern und Ordnen zu biographischen Wissensbeständen werden und damit stellen Lebenserfahrungen auch Ressourcen für das Subjekt dar (vgl. Hoernig 1989, S. 150f).

Um den Menschen in der Pflegebedürftigkeit wahrzunehmen, bedarf es der Betrachtung der Gesamtsituation. Dieses Erleben wird beeinflusst durch das zum Selbstbild des Menschen gehörende Interpretationsmuster, welches zu bestimmten Reaktionsformen führt und vor dem Hintergrund der zukünftigen Erwartungen modifiziert wird. Die Situationsdeutung der Pflegebedürftigkeit erfolgt ebenso vor dem Hintergrund der Re-Interpretation der von dem Menschen gegenwärtig bedeutsam wahrgenommenen Lebenserfahrungen und -ereignisse (ebd. 93ff).

Das eigene Leben reflektieren wird als biographische Selbstreflexion und damit als ein Teil eines Identitätsfindungsprozesses verstanden, der durch bestimmte kritische und konflikthafte Lebensereignisse verdichtet auftreten kann, wenn für den Menschen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, der Gewordenheit und der Persönlichkeit unabdingbar erscheint. Um dabei mit Abstand auf sich schauen zu können, distanziert sich der Mensch ein Stück von sich selbst. Damit kommt er sich selbst wieder näher (vgl. Opitz 1999, S. 49). Ich möchte die Bedeutung der Biographie im Alter im nächsten Kapitel kurz beschreiben.

## **2.2 Biographie im Alter**

Altern heißt, sich über sich selbst klar werden.

Simone de Beauvoir

Es gibt eine Menge von objektiven Gründen, weshalb es zur Auseinandersetzung des Ichs im Alter mit seinem Geworden-Sein und damit zur Beschäftigung mit seiner Biographie kommt. So sind der Umzug in ein Altenpflegeheim, beginnende Pflegedürftigkeit und die Konfrontation mit der Tatsache der existentiellen Endlichkeit unter anderem wichtige Faktoren, die eine Auseinandersetzung mit dem (Gewesen-) Sein bedürfen.

Diese Auseinandersetzung geht mit einem Prozess einher, das Leben mit seinen „positiven“ wie auch „negativen“ Ereignissen, „richtigen“ und „falschen“ Entscheidungen,

„erfüllten“ und „unerfüllten“ Träumen sowie Enttäuschungen in ein Gesamtbild zu integrieren. Wobei es nicht darum geht, eine Bilanz aus Gewinn und Verlust zu ziehen, sondern sich und sein Leben zu akzeptieren. Hier sei auf die achte Stufe „Ich-Integrität vs. Verzweiflung“ der psycho-sozialen Entwicklung nach Erikson hingewiesen. Die Krise zeigt sich durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit. Laut Erikson liege die konstruktive Überwindung in der positiven Bilanzierung des eigenen Lebens und der Integration der vielfältigen eigenen Erfahrungen in ein Gesamtbild. Auch Havighurst benennt in seinem Entwicklungsmodell die Auseinandersetzung mit der Akzeptanz des gelebten Lebens sowie das Erkennen und Akzeptieren der eigenen Endlichkeit (vgl. Opitz 1998, S. 27f). Durch das ans Licht holen von Erinnerungen, können Schatten deutlich werden, die das Selbst begleitet haben und am Ende des Lebens ebenso in das Sein integriert werden müssen (vgl. Blimlinger et.al. 1996, S. 86).

Durch diese Auseinandersetzung kann auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens aufkommen. Die Intensität der Suche des eigenen Lebenssinns ist in jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt und lässt sich wohl kaum einfach benennen, noch lässt sich der Begriff „Lebenssinn“ selbst *kurz* zusammenfassen. Die Erkenntnis des Lebenssinns, wenn überhaupt von Erkenntnis gesprochen werden kann, deswegen wohl eher die *Frage* nach der Sinnhaftigkeit des Lebens und des Seins, ist mit einem Sinnfindungsprozess verbunden, der von dem Menschen selbst ausgeht und unabhängig von institutionellen Interventionen ist. Dieser Prozess kann als Ordnen und Einfügen des Gelebten in ein Selbst- und Lebenskonzept verstanden werden. Sinnzusammenhänge könnten spirituellen und religiösen Ursprungs sein, zum Beispiel Glauben an eine höhere Macht, oder die Begründung der Sinnhaftigkeit des eigenen Seins liegt in einer Zweckmäßigkeit der eigenen Existenz, also Taten und Werke, welche über das eigene Leben hinaus wirken. Antworten könnten auch aus unterschiedlichen Lebensbereichen geschöpft werden, zum Beispiel Familie, Beruf oder sozialen Engagement. (vgl. Opitz 1998, S. 57f). Damit wird das Leben versucht in eine höhere Ordnung zu stellen.

Im Kontext der Bezogenheit eines Menschen auf andere Menschen, liegt in der Biographie durch die im Laufe des Lebens erworbenen Erfahrungen, eine Ressource, in Bezug auf die Weitergabe von Wissen und Erfahrungen an nachfolgende Generationen. E. Erikson nennt diese gelebte Verantwortung für nachfolgende Generationen das Konstrukt der Generativität (vgl. Kruse 2014a, S.8). Es lässt sich in diesem Zusammenhang auch der Begriff der Nachhaltigkeitsverantwortung benennen. Er bedeutet, dass der Blick hinsichtlich seiner eigenen Verantwortung für die nachfolgenden Generationen, auf den Erhaltung der „Schöpfung“ unter guten Lebensbedingungen



gerichtet ist (ebd.). Laut neueren psychologischen Theorien bildet sich die Erkenntnis des verantwortlichen Handelns und der Selbstverantwortung für ein gelingendes Miteinander unter den Menschen, schon in früheren Lebensjahren des Individuums heraus. Die Ausprägung der Generativität im Alter ist somit schon in seiner Lebensgeschichte zu suchen (ebd., S. 12).

Ein abschließender Aspekt über die Bedeutung des biographischen Rückblicks im Alter ist die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Über professionelle Sterbebegleitung, in welcher Form es diese überhaupt umzusetzen gilt, würdigen Sterbens und Sterben im institutionellen Rahmen, ließen sich sicherlich mehrere Arbeiten schreiben. Ich möchte lediglich auf den Aspekt der Lebensgeschichte in Anbetracht von Sterben und Tod eingehen. Laut Opitz (1998) kann durch mehrere Studien davon ausgegangen werden, dass das Sterben leichter fällt, wenn das Leben in seiner Gesamtheit akzeptiert wird. Welche Art von Sinnsystem dabei zu Grunde liegt, ist dafür nicht entscheidend. Bei der (professionellen) Sterbebegleitung wird deswegen darauf geachtet, dass genügend Raum und Zeit für lebensgeschichtliche Erfahrungen und Betrachtungen zur Verfügung steht. So, dass „(...) das Leben nicht nur abgebrochen [wird]. Sterben heißt dann, das Leben vollenden“ (Opitz 1998, S. 63; Einfügung: F.F.) (ebd.).

### **2.3 Die Bedeutung von Biographie im Pflegeprozess**

In diesem Kapitel könnten unzählige biographische Wissensbereiche aufgezählt werden, die den Menschen zu dem machen, was er ist. Diese Wissensbereiche sind wichtig für das Wahrnehmen des Menschen im Pflegeprozess. Sie schließen berufliche, familiäre, soziale, kulturelle, religiöse und spirituelle Ebenen, die Wahrnehmung des Pflegebedürftigen in Bezug auf seinen Körper und die ganz alltäglichen Lebensgewohnheiten wie Körperhygiene, Schlaf- und Ruheverhalten als auch Essgewohnheiten mit ein (vgl. Blimlinger et.al. 1996, S. 103).

Ich möchte auf die Bedeutung von Biographie im Pflegeprozess in Bezug auf die im ersten Kapitel ausführlich beschriebene Kompetenz, Potential und subjektiven Gesundheitserleben im Alter nehmen

Hinter dem Verhalten von pflegebedürftigen Menschen stehen subjektive Handlungsüberzeugungen, die sich durch lebenslange Entwicklungsprozesse und durch Erfahrungen gebildet haben (vgl. Kaiser 1992b, S. 17ff). Handlungen des pflegebedürftigen Menschen im Altenpflegeheim, nicht auf lebensgeschichtliche Erfahrungen des pflegebedürftigen Menschen zurück zu führen, sondern nur auf alterstypische Reaktionen oder gar als eine Art Alterssenilität zu reduzieren, überseht den

Menschen in seiner Ganzheit. Das Ziel der Biografiearbeit in der Altenpflege sollte sein, angelernte Handlungs- und Deutungsmuster der pflegebedürftigen Menschen verstehen zu können um „abweichendes“ Verhalten richtig einordnen zu können. Stereotypisierung, wie zum Beispiel Verhalten mit Senilität, Demenz und altersbedingten Eigenwilligkeiten zu begründen, wird damit entgegengewirkt (vgl. Schweppe 1996, S. 254ff).

Die Gesamtheit der Fähigkeiten, die zur Aufrechterhaltung der Selbstverantwortung und Selbstbestimmung in der Umwelt des Menschen beitragen, lassen sich als Kompetenz im Alter bezeichnen. Die Umwelt Altenpflegeheim trägt demnach zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung bei. Indem versucht wird, Fähigkeiten aufrecht zu erhalten kann die Institution zur Lebenszufriedenheit von pflegebedürftigen Menschen beitragen. Auch die innere Überzeugung des Menschen, Fähigkeiten in sich selber zu suchen, sie zu entdecken und am Ende auch zu nutzen, gehört zur Kompetenz im Alter. Biographisch-orientierte Pflege könnte den Menschen darin unterstützen, persönliche Ressourcen und Fähigkeiten zu entdecken, die dem Menschen in der Jetzt-Situation nicht offenkundig scheinen.

Ein ganzheitlicher Blick, der die Lebensgeschichte des Menschen mit einbezieht, würde dazu führen, dass BewohnerInnen auch im Pflegeprozess ihr Leben als selbstverantwortlich und selbstbestimmt wahrnehmen können. Es wäre die Voraussetzung für die Annahme der Grenzen der Selbstgestaltung im Pflegeprozess, so könnten Abhängigkeit und Hilfe bewusst angenommen werden. Dies, könnte dann als neuer Ausdruck von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung verstanden werden (vgl. Kruse 2014a, S. 7).

Wie die körperlichen Einschränkungen im Pflegeprozess wahrgenommen und bewältigt werden, hängt vom individuellen Selbstkonstrukt und den Bewältigungsstrategien des Menschen ab, welche auf intraindividuelle Ebene von biographischen Faktoren beeinflusst werden: Wie war der Umgang mit früheren gesundheitlichen Belastungen? Welchen Stellenwert nimmt die Funktionsfähigkeit des Körpers im Leben des Menschen ein? etc. Psychische Belastungen können chronische Schmerzzustände verstärken, deshalb ist es notwendig einen interdisziplinären Zugang zu den Pflegebedürftigen zu suchen und mögliche frühere Belastungen bei der Behandlung von chronischen Schmerzen in Betracht zu ziehen.

## **2.4 Biographie - Arbeit als Methode**

Mit Hilfe der Biographie-Arbeit als Methode kann es möglich sein, dass der Mensch sich in verschiedenen Formen aktiv mit seinem Leben auseinandersetzt. Im Herstellen von

Zusammenhängen aus der Jetzt- und Vergangenheitssituation mit Blick auf die Zukunft kann sich die Chance einer (Neu-) Bilanzierung ergeben. Bei der aktiven Auseinandersetzung können alte Handlungsmuster aufgebrochen und neue, der Situation angemessene Handlungsstrategien erlernt und Verarbeitungsprozesse angestoßen werden (vgl. Opitz 1998, S. 52). Darüber hinaus können Verstrickungen, die aus der Vergangenheit die bis in die Gegenwart anhalten, gelöst werden.

Angelernte Handlungs- und Deutungsmuster könnten mit Hilfe der Biographie besser verstanden werden um „abweichendes“ Verhalten richtig einzuordnen. Stereotypisierung, wie zum Beispiel Verhalten mit Senilität, Demenz und altersbedingten Eigenwilligkeiten zu begründen, wird damit entgegengewirkt (vgl. Schweppe 1996, S. 254ff).

Reaktivierte positive Lebenserfahrungen wirken sich positiv auf den Gemütszustand der Pflegebedürftigen aus. Die aktive Auseinandersetzung von heute alten Menschen mit ihrem Geworden-Sein hilft eine stabile Identität aufrecht zu erhalten (vgl. Schilder 2007, S.136ff).

„Erinnerte Geschichten erklären die Welt, stellen den Erzählenden dar und versichern ihn seiner Identität.“ (Trilling et al. 2002, S. 26 zit.n. Schilder 2007, S.138).

Das aktive Erinnern bewirkt, dass der Mensch das Leben in seiner Vielschichtigkeit wahrnehmen kann und somit Ressourcen und Fähigkeiten bewusst werden, die in der Jetzt-Situation nicht offenkundig sind (vgl. Opitz 1998, S. 54).

Biographie-Arbeit ist eine Methode, die soziale Interaktion bedarf. Durch den Kontakt zu anderen bietet sie den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Erfahrungen und Erlebtes weiterzugeben (ebd.).

Das Erinnern selbst hat keine vorgeschriebene Form. Durch Gespräche, das gemeinsame Anschauen von Fotos, das Anhören von Musik oder auch durch die Anwendung basaler Methoden kann das Erinnern unterstützt werden. Die Rahmenbedingungen können unterschiedlich gestaltet werden. Im Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben im Alter ist die Biographie-Arbeit eine gut geeignete Methode, die sowohl die transgenerationelle Weitergabe fördert, Handlungsmuster der Menschen verstehen lässt und dabei behilflich ist, negative als auch positive Lebenserfahrungen in ein Gesamtbild des Lebens zu integrieren. Damit fördert Biographie-Arbeit das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit.

Sie kann Ressourcen und Fähigkeiten, aber auch Abneigungen und Handlungen, die zur Gegenwehr führen, aufdecken. Die Methode setzt an dem Menschen mit seiner

individuellen Geschichte an und ist damit unabdingbar für eine am Menschen orientierte Arbeit. Zum Verständnis der Biographie-Arbeit gehört nicht, dass sie ausschließlich um des Pflegeablaufwillens eingesetzt wird. Im Gegenteil, sie soll dazu beitragen, dass die BewohnerInnen von sich selbst ein authentisches Bild vermitteln und die Pflegenden jene in ihren Geworden-Sein wahrnehmen können (vgl. Schilder 2007, S. 137).

Negative Effekte zeigt die Methode, wenn die Moderation oder Anleitung nicht sensibel gegenüber Lebenserfahrungen ist und BewohnerInnen mit Defiziten oder schmerzlichen Erlebnissen konfrontiert werden. Es könnte beim Zurückblicken zu depressiven oder ängstlichen Stimmungen kommen, die, laut Opitz (1998), aber nur dann bestehen bleiben würden, wenn es nicht zu einer gelungenen Annahme, sich Selbst als etwas Einmaliges und Unverwechselbares zu begreifen, kommt. Ist der Rückblick des Menschen nicht reflektiert, könnte das biographische Arbeiten als Mittel für Selbstbemitleidung, Rechtfertigung oder Verklärung des Selbst benutzt werden (vgl. Opitz 1998, S. 53).

Die biographischen Daten sollten als privat und schützenswert verstanden werden. Es geht bei biographisch orientierter Arbeit nicht um eine große Fülle an Daten, sondern um den direkten Weg, der ein behutsames Interesse an dem Menschen und seiner Geschichte darstellt. Bei der Biographie-Arbeit steht der individuelle Blick des Menschen auf sein Geworden-Sein im Vordergrund. Er sollte nicht das Gefühl bekommen, erzählen zu müssen oder sich gläsern zu machen (vgl. Blimlinger et.al. 1996, S.81).

## **Zwischenbilanz**

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde die Bedeutung von lebensgeschichtlichen Erfahrungen für den Pflegeprozess an den Beispielen Kompetenz, Potential sowie dem subjektiven Gesundheitserleben im Alter darzustellen versucht. Des Weiteren wurde beschrieben, welche Bedeutung die Biographie selbst für den Menschen im Alter hat. Die Methode der Biographie-Arbeit als Teil eines biographisch-orientierten Pflegeprozess wurde vorgestellt.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass zur Gesamtheit und des In-der-Welt-Sein des pflegebedürftigen Menschen im Altenpflegeheim die Beachtung seines Geworden-Sein unabdingbar ist und damit die Biographie im Pflegeprozess nicht übersehen werden darf, denn: der Mensch *ist* seine Lebensgeschichte.

Im zweiten Teil der Arbeit wird am Beispiel der kollektiv-historischen Vergangenheit, die Teil des biographischen Wissensbereiches ist, die Fragestellung, welche Bedeutung die Biographie im Pflegeprozess haben könnte versucht zu untersuchen. Forschungsgegenstand sind die Geburtsjahrgänge 1930-1934 in der Zeit von Nationalsozialismus, Zweiten Weltkrieg und Nachkriegszeit untersucht. Danach werden Rückschlüsse von Auswirkungen und Spätfolgen für die Alterssituation gezogen und diese in Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit und dem Leben im Altenpflegeheim gebracht. Dieser Teil der Arbeit hat die Methode der Literaturrecherche als Grundlage. Die Ergebnisse der Literaturrecherche des Kapitels „Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 zwischen Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg“ sind durch Zeitzeuginnenaussagen gestützt.

### **3 Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 zwischen Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg**

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den historisch-kollektiven Erfahrungen der Geburtskohorte 1930-1934 zwischen Nationalsozialismus, Zweiten Weltkrieg und Nachkriegszeit. Die Einteilung der Geburtskohorte stützt sich dabei auf Hartmut Radebolds Einteilung in dem Buch „Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit“. Bei diesen Geburtsjahrgängen, zusammengefasst als Kohorte, kann von einem kollektiven Erleben ausgegangen werden. Die Geburtskohorte ist in der deutschen Bevölkerung präsent und damit ist die Auseinandersetzung mit deren zeitgeschichtlichen Erfahrungen aktuell. Dieses Kapitel soll dem/r Leser/in verhelfen sich zeitgeschichtlich zu verorten.

Für diesen Teil der Arbeit habe ich zwei Zeiteuginnengespräche mit Hilfe des biographisch-narrativen Interviews durchgeführt. Die Methodik wird nachfolgend beschrieben, darauf folgen die zeitgeschichtlichen Erfahrungen der Geburtsjahrgänge 1930-1934 aus der Literaturrecherche. Die beschriebenen historisch-kollektiven Erfahrungen der Kindheit und Jugend zwischen Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg werden durch die Aussagen der Zeiteuginnen teilweise belegt und sind durch kursive Markierung kenntlich gemacht.

#### **3.1 Narratives Interview**

Das narrative Interview wird auch als Tiefeninterview oder Intensivinterview bezeichnet und findet seit den 1970er Jahren eine immer größere Bedeutung. Es ist mittlerweile, die in der qualitativen Sozialforschung am weitesten entwickelte Interviewtechnik. Der Begründer des narrativen Interviews ist Fritz Schütze. Bei einem narrativen Interview wird von der Annahme ausgegangen, dass biographische Selbstpräsentationen sich am geeignetsten durch Erzählungen darstellen lassen (vgl. Bernart, Krapp 1998, S. 28).

Die Zeiteugin Frau H., ist 1931 in Dresden geboren und Bewohnerin eines Altenpflegeheims. Frau H. lebt, auf Grund von gesundheitlichen Einschränkungen, seit den 1990er Jahren in dieser Einrichtung. Das Interview mit Frau H. lief, aus verschiedenen Gründen, die ich auf meine mangelnde Erfahrung und meine Unsicherheit zurückzuführen sind, nur circa 20 Minuten. Mir fiel es sehr schwer mich in die Position des Interviewers zu begeben und eine Vertrauensverhältnis aufzubauen. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit nur Frau C. zitiert.

Die Zeiteugin Frau C. ist 1934 in Chemnitz geboren und lebt zusammen mit ihrem zweiten Ehemann in einen selbstständig geführten Haushalt.

Die Interviews werden in dieser Arbeit als erzählte „Geschichte“ betrachtet und es erfolgt keine Interpretation beider Lebensgeschichten. Dies ist zum Einem auf das Konzept dieser Arbeit zurückzuführen, auf den eigenen Mangel an Kompetenzen in Bezug solcher Auswertungen und zum Anderen auf den beschränkten Umfang dieser Arbeit. Sie finden Bedeutung, in dem sie als „erlebte und erzählte Geschichte“ unter den in der Literaturrecherche ergebenen Material als repräsentative Zitate eingefügt sind.

### **3.1.1 Vorbereitung**

Die Durchführung des biographisch-narrativen Interviews möchte ich kurz anhand des Interviews mit Frau C. schildern. Ich habe Frau C. im letzten Sommer 2013 bei dem Projekt BalkonBallett in Chemnitz kennen gelernt. Damit hatte sich zwischen uns, schon vor dem Interview, ein Vertrauensverhältnis aufgebaut.

Wir verabredeten, das Interview in ihrer Wohnung durchzuführen. Im Zusammenhang von biographischer Forschung stellt die Wohnung der Befragten einen passenden Ort dar, denn „(...) hier hat [sie] auch Belege für [ihre] lebensgeschichtlichen Erzählungen zur Hand – Fotoalben, Bilder, Zeitungsausschnitte.“ (Fuchs-Heinritz 2005, S.251; Einfügung: F.F.). Die Frage nach dem Ort des Interviews ist keine Belanglose, denn jede Umgebung verfärbt die Erinnerung und Sprache durch seine Wirkung (vgl. Fuchs-Heinritz 2005, S. 250) Da ein narratives Interview nur mit Hilfe eines grob strukturierten Schemas durchgeführt wird, habe ich mir einen groben Leitfaden erstellt, der drei Themenkomplexe mit Unterpunkten zu Nationalsozialismus, Weltkrieg und Nachkriegszeit enthält (vgl. Bernart, Krapp 1998, S. 28).

Vor dem Interview wurde eine Art Grundvertrag geschlossen, der die Zusicherung der Anonymität und Garantie der Nichtweitergabe des Gesprächsprotokolls enthält (ebd., S.256). Frau C. erhielt ein von uns beiden unterschriebenes Exemplar.

### **3.1.2 Durchführung**

Die genaue Darstellung des Interviews wird nicht beschrieben, da es auch keine genaue Auswertung geben wird. Das Interview verlief circa drei Stunden.

Das narrative Interview lässt sich in drei Phasen aufteilen; Erzählaufforderung, autonom gestaltete Haupterzählung und erzählgenerierende Nachfragen (vgl. Bernart, Krapp 1998, S. 32). Am Beginn des Interviews habe ich versucht, Regeln für das Interview aufzustellen, damit Frau C. sich in der Situation verorten kann, dabei habe ich betont, dass sie alles erzählen kann, was ihr zu dem Themenkomplex einfällt und ich sie erst einmal nicht unterbrechen werde, damit habe ich auch meine Erzählaufforderung geäußert (vgl. Fuchs-Heinritz 2005, S.268). Während der Darstellung von Frau C. über

ihre Kindheits- und Jugenderlebnisse habe ich versucht, eine Balance zu finden zwischen Interesse, Respekt und der sachlichen Aufgabe des Interviews. Dazu habe ich an einzelnen Punkten, durch Knopfnicken, „ja“, „aha“ und „hm“ mein Interesse bekundet (ebd., S.70). Denn die Interviewsituation stellt kein Gespräch im Sinne einer Alltagsunterhaltung dar (ebd., S.266).

Am Ende „ (...) verläßt der Interviewer seine Rolle als Nur-Zuhörer und bittet seinen Partner, den Erzähler, noch zu einigen Punkten Stellung zu nehmen.“ (Hermanns 1981, S. 99 zit.n. Fuchs-Heinritz 2005, S. 270f). Nach dieser Regel habe ich am Ende der Erzählung von Frau C. ebenfalls Nachfragen gestellt. Eine Situation möchte ich jedoch schildern: auf meine Nachfrage zu den Bombenangriffen im März 1945 auf Chemnitz, verwies sie mich auf ein Buch, welches ZeitzeugInnenberichte über das Jahr 1945 in Chemnitz beinhaltet. Dort steht auch ihre Darstellung über den März 1945 und gab mir damit zu verstehen, dass ich darin über ihre Darstellung der Erlebnisse, in der Nacht der Bombardierung von Chemnitz, lesen könnte.

### **3.2 Zeitgeschichtliche Erfahrungen**

Lebenserfahrungen können nicht unabhängig von zeitgeschichtlichen Geschehen betrachtet werden. Ein Teilaspekt der Lebenserfahrung stellen historisch-kollektive Erfahrungen da (vgl. Hoerning 1989, S. 153). Gesellschaftliche Umbrüche und historisch-politische Einschnitte wie der Nationalsozialismus, das Dritte Reich und der Zweite Weltkrieg sind Erfahrungen, die zum biographischen Wissensbestand geworden sind und in der weiteren Lebensgeschichte in unterschiedlichen Ausprägungsmaß auftreten, verwertet und in lebensgeschichtliche Strukturen eingeordnet werden (ebd., S.160). Verarbeitung der Umbrüche und der Erfahrungen werden in dieser Arbeit typologisiert.

#### **3.2.1 Zeitgeschichtliche Einordnung**

Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 verbringen ihre gesamte Kindheit und den Großteil ihrer Jugend während des Dritten Reiches. Das Säuglings- und Kleinkindalter fällt in die Zeit des nationalsozialistischen Umbruchs mit den politischen Säuberungsaktionen im Alltags- und Berufsleben der Eltern. Sie werden direkt von der nationalsozialistischen Erziehungspolitik in Schule und Jugendverbänden wie Bund Deutscher Mädels und der Hitler Jugend beeinflusst.

Bei Ausbruch des Zweiten Weltkrieges 1939 sind die Kinder zwischen 5 und 9 Jahre alt. Viele der Männer sind kriegsdienstverpflichtet und häufig über mehrere Jahre abwesend. Gegen Ende des Krieges arbeiten die Frauen vermehrt in der Industrie und Landwirtschaft. Die Schule findet mit Länge des Krieges seltener und am Ende des



Krieges nicht mehr statt. Diese Geburtsjahrgänge sind teilweise von der Kinderlandverschickung betroffen. Bei der Kinderlandverschickung verließen die Kinder zusammen mit ihren Lehrern im Klassenverband die Städte, um vor den Bombenangriffen zu „fliehen“. Die Kinder in den mittleren und großen Städten sowie in den industriellen Ballungsgebieten, die nicht von der Kinderlandverschickung betroffen sind, erleben zu Hause mit ihren Familien verheerende Bombenangriffe und die darauf folgenden Evakuierungen.

*Frau C: Da haben wir dann in de Kellern gewohnt, nor? Da wurden also Betten / da hat mer Strohsäcke unten / da hat mer so gut es ging, dann in den Kellern gelebt. Weil mer Angst hatten, dann gab's manchmal auch gar keen Fliegeralarm mehr, weil das nicht mehr klappte.*

*„21.30 heulte dann diese verfluchte Sirene und wir alle gingen eifrigst in den Keller. (...) Dazu bekamen wir noch ein Sofakissen, da lt. Amtlicher Meldung unseren Kopf vor herabstürzenden Mauerbrocken schützen sollte. Außerdem mussten wir noch unsere Holzklammer mitnehmen, die wir hochkant in den Mund nehmen sollten, was ein Platzen der Lunge durch hohen Luftdruck verhindern sollte. Ob diese Nichtigkeiten tatsächlich unser Leben gerettet hätten, bezweifle ich heute sehr stark. (...) Ich habe heute noch die Worte meiner Mutter in den Ohren, wer wohl so eine große Familie im Falle der Ausbombung aufnehmen würde. Zum Glück kam es nicht dazu. Der sogenannte Luftschutzraum unsere Hauses (...) war ca. 20 Quadratmeter groß. Er sollte 21 Kinder im Alter bis 15 Jahren, 11 Frauen und 3 Männern Schutz bieten. (...) Kaum waren wir in den dunklen Keller eingepfercht, so fielen schon die Bomben. Bei jedem größeren Kracher hieß es spontan, jetzt sind wir getroffen. Ich selbst hatte furchtbare Angst und biß krampfhaft auf meine Wäscheklammer. (...) 22.30 Uhr war es still. Die Männer wagten sich auf die Straße; Entwarnung konnte es nicht mehr geben. Danach trauten wir uns auf die Straße. Welch ein schaurig-schönes Bild, das ich nie vergessen kann und will, bot sich dar. Chemnitz war ein einziges Flammenmeer.“ (Frau C. zit.n. Fahnert, Richter 1996, S. 15f).*

Am Ende des Zweiten Weltkrieges 1945 und dem damit verbundenen Ende des Dritten Reiches sind sie zwischen 11 und 15 Jahren alt. Die vor allem im Osten des deutschen Reiches aufgewachsenen Kinder und Jugendlichen machen die Erfahrungen von Flucht und Vertreibung. Teilweise sind die Männer nach dem Krieg in Kriegsgefangenschaft, andere sind gefallen oder invalide und dadurch die Frauen vermehrt erwerbstätig.

Die Geburtsjahrgänge verbringen ihre gesamte Jugend und das junge Erwachsenenalter während der Nachkriegszeit. Sie erleben den harten Wiederaufbau und die Notsituationen durch Nahrungsmangel, Wohnungsnot, langen Hunger- und Kälteperioden und medizinischer Unterversorgung direkt mit (vgl. Radebold 2009, S. 37ff).

*Frau C: Januar, Februar, da wurde es dann auch, 45, wurde es dann auch ganz schwierig. Da hat mein Bruder, auch wieder der Bruder H., also der ist immer wieder in der Familie / hat uns hochgehalten, der hat uns nicht verhungern lassen mit anderen Worten, nă? Ist immer in de Markthalle und hat Kohlrüben ausgeschălt, nă? Und dies war dann unser Essen gewesen, nă? Und einmal hat er .. da war der Krieg schon zu Ende, da plünderten se alles raus / in de Baracken, da fand er eben ä Sack Hafer. Ungeschălt. So und da sind da meine Brüder in die Stiefelmühle mit de Handwagen gefahren, äh . gefahren und haben den Hafer quetschen lassen und das war unser Essen jeden Tag. Das war (würgt). Deswegen komm ich bis heute an keene Haferflocken mehr nan.*

*Frau C: Dann ging die Hamsterzeit los. Sogenanntes Hamstern. Da hingen die Menschen wie Trauben am Zug draußen dran, da ist mancher noch verunfallt, runter / auf'n Dächern saßen die Leute und sind auf's Land gefahrn um ihr bissl Habe, was se hatten zum Bauern geschafft, damit se paar Kartoffeln kriegten, nă? Manche och mal ä bissl Mehl oder und so weiter und so fort, ja? Ja, aber wir waren ja acht Kinder gewesen, da war nix da. Mein Vater, der hatte seine ganze Unterwäsche, den ham se mit samit de Kinder abgerissen, wir waren ja sechs Jungs, nă? Was ich für Unterhosen geflickt habe, weil meine Brüder beim Bauern dann warn. Da ham mer dann de Flecken drauf geflickt und gestopft. Es war doch nix da!*

*Frau C: Man musste sich mit vielen Dingen behelfen ... (seufzt). Mit der Zeit kamen dann auch die Lebensmittelmarken eben auch.*

Der Schulunterricht ist teilweise eingestellt bzw. eingeschränkt. Einige der Jugendlichen beenden die Schule mit erheblichen Lern- und Stofflücken. Sie sind im ausbildungsfähigen Alter ebenfalls von der Nachkriegsarbeitslosigkeit betroffen, einige finden keine Lehrstellen und geraten dadurch schneller an den gesellschaftlichen Rand. Der Großteil jedoch schließt unter erschwerten Bedingungen die Schul- und Berufsausbildung ab (vgl. Betzendahl 2005, S.129). Sie werden den Rest ihrer Jugend und dem anschließenden Erwachsenenalter von der Entnazifizierung beeinflusst (vgl. Radebold 2009, S. 38).

*Frau C: Am fünften März / Schule kaputt, dann konnt mer ja in keene Schule mehr gehen. Wir hatten vom fünften März bis dreißigsten September keine Schule. Also man kann sagen von meinen acht Schuljahren / da hab ich ganz vergessen. Vorher hat mer keine Schule wegen Fliegeralarm, hinterher gab's keine / also wir hatten schon Schule, aber wenig, wenig. Dann kamen die neuen Lehrer, die Lehrer wurden ja alle naus geschmissen, weil die meisten in der NSDAP waren. Und dann gab's och keine Kohlen, da ham mer uns bloß ä bissl Hausaufgaben geholt. Neue Lehrer, die ach / och erstmal ä bissl lernen*

*mussten (...), nă? Und, und kein / nix zu feuern im Winter, nă? Also ich kann mit Fug und Recht behaupten, sieben Jahre Volksschule besucht zu haben. Und dann gab's keine Arbeit, nă? Das war, das war ... schlimm.*

### **3.2.2 Zahlen und Daten zur Betroffenheit**

Neben der zeitgeschichtlichen Einordnung sollen Zahlen genannt werden, die die Ausmaße des Zweiten Weltkriegs für die Kinder und Jugendlichen verdeutlichen.

Im Zweiten Weltkrieg wurde 11 Prozent der deutschen Bevölkerung getötet. Nach dem Ende des Krieges waren circa 11 Millionen ehemalige Soldaten in Kriegsgefangenschaft. 1946 waren nur 16 Prozent der heimkehrenden Männer arbeitsfähig. In den Jahren bis 1951 kehrten die meisten Kriegsgefangenen wieder heim. Es starben mehr als 2 Millionen Zivilisten bei Flucht und Vertreibung. Zu mehr als 50 Prozent handelte es sich bei ihnen um Frauen und Kinder.

Die Bombenangriffe auf 161 Städte forderten ca. 800.000 Tote, darunter meist Frauen, Kinder und alte Menschen. Brand- und Sprengbomben fielen auf fast jede Stadt, die mehr als 50.000 Einwohner fasste.

Aus den Ostgebieten flohen mehr als 7 Millionen Menschen oder wurden vertrieben. Zusätzlich mussten 5 Millionen aus den ehemaligen Siedlungsgebieten im Ausland flüchten. Es war circa jede achte Frau von Flucht und Vertreibung betroffen. Von den etwa 19 Millionen Kindern und Jugendlichen bis zum 25. Lebensalter waren circa 3,3 Millionen Vertriebene (vgl. Radebold 2009, S.23f).

Die Trennung der Mütter von den Vätern verursachte das zeitliche Auflösen der Familien und das Aufwachsen der Kinder ohne ihre Väter. Die Kinderlandverschickung, die die Geburtskohorte 1930-1934 teilweise betraf, trennte die Kinder dann ebenfalls von ihren Familien. Die Familienauflösung wurde zudem durch die Evakuierung und Flucht aus den bombardierten Städten vermehrt. Die Zahlen der von Evakuierung und Kinderlandverschickung Betroffenen - Frauen und Kinder - schwanken zwischen 5 und 10 Millionen. Der Krieg hinterließ 1,7 Millionen Witwen, 2,5 Millionen Halbwaisen und etwa 100.000 Vollwaisen. 25 Prozent der deutschen Kinder und Jugendlichen wuchsen ohne Vater auf. Viele Kinder waren bei der Flucht alleine ohne ausreichend Schutz oder Nahrung unterwegs. 1,9 Millionen Frauen und *Mädchen* wurden vergewaltigt, 100.000 allein in Berlin. Davon erlitten 40 Prozent Mehrfachvergewaltigungen (ebd., S.25ff). Radebold geht von folgendem Ausmaß an Betroffenheit aus:

- „Durch den Krieg und seine Folgen kaum beeinträchtigte aufgewachsene Kinder mit anwesendem Vater (sichere stabile familiäre, soziale, materielle und wohnliche Verhältnisse) (geschätzte 35-40%)
- Kinder mit zeitweilig väterlicher Abwesenheit und zeitweilig eingeschränkten Lebensbedingungen (geschätzt 25-30%)
- Kinder mit langanhaltender oder andauernder väterlicher Abwesenheit bei in der Regel gleichzeitig langanhaltenden beschädigten Lebensumständen (geschätzt 25-30%)“ (Radebold 2009, S. 42).

Es erlebte ein Groß der Kinder und Jugendlichen einen zeitlich begrenzten oder dauerhaften Verlust von zentralen Bezugspersonen wie Vater, Mutter, Großeltern und Geschwistern. Mit die Gewalterfahrungen ging der Verlust der kindlichen Sicherheit und des Schutzes mit sich. Durch die Tieffliegerangriffe und das Töten durch Bomben als auch die Angst vor den anrückenden feindlichen Soldaten, wurden sie früh mit ständiger Bedrohung konfrontiert. Einige von ihnen erlebten durch ihre passive Kriegsteilnahme, Vergewaltigungen von Frauen als auch Mord und Verletzung anderer mit.

Zumindest bei der dritten Gruppe, die langanhaltende, sequenzielle und sich kumulierende beschädigende bis traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, könnte davon aus gegangen werden, dass sie schwerwiegende Folgen für ihre weitere Entwicklung bis in die heutige Alterssituation mit sich tragen. Auch bei der zweiten Gruppe, könnte ebenso von Folgen bis in die Alterssituation ausgegangen werden (vgl. Radebold 2009, S.44).

### **3.2.3 Nationalsozialistische Erziehungspolitik**

Die oberste „Erziehungsmaxime“ Adolf Hitlers war die „Heranzüchtung“ kerngesunder Körper durch Sport und „Zuchtwahl“. Erst an zweiter Stelle kam die Ausbildung der geistigen Fähigkeiten und an dritter Stelle stand die wissenschaftliche Schulung. Seine „Erziehungspolitik“ war nicht am Individuum ausgerichtet, sondern ein Programm zur Heranzüchtung einer germanischen Art. Der Rassensinn und das Rassegefühl sollten instinktiv in die Jugend eingebrannt werden und ganz oben standen die Tugenden: Treue, Opferbereitschaft, Tapferkeit und Gehorsam (vgl. Miller-Kipp 2002, S. 98f). Das Ergebnis seiner Erziehungspolitik stellte sich Hitler wie folgt vor:

„In meinen Ordensburgen wird eine Jugend heranwachsen, vor der sich die Welt erschrecken wird. Eine gewalttätige, herrische, unerschrockene grausame Jugend will ich. Es darf nichts Schwaches und Zärtliches an ihr sein.“ (Leeb 1998 zit. n. Langendorf 2006, S. 280).

Für Hitler stand die Einsatzfähigkeit für den Krieg bei der männlichen und das unverrückbare Mutter sein bei der weiblichen deutschen Jugend im Vordergrund. Die Kinder sollten früh zu Gefühllosigkeit und Unterwerfung, zum „Wohl des germanischen Volkes“ erzogen werden, bei der eigene Bedürfnisse und „weichliche“ Gefühle in den Hintergrund rücken sollten (vgl. Langendorf 2008, S.280ff).

Autoren wie Radebold und Langendorf halten es für möglich, dass diese Erziehung den Kindern verhalf die Schrecken des Krieges durch Derealisation abzuwehren und zu verdrängen. Jedoch könnte diese „innere Härte“ die Ursache sein, das Kriegserlebnisse und -traumen sowie andere spätere einschneidende Lebenserfahrungen zu verarbeiten (ebd.). Betont sei, dass die Kinder die durch die nationalsozialistische Erziehungspolitik beeinflusst wurden, keineswegs zu grausamen und gefühllosen Erwachsenen geworden sind. Von solchen Schlussfolgerungen aus der Erziehungspolitik des Dritten Reiches halte ich mich fern. Ebenso davon, dass Hitlers „Pädagogik“ tatsächlich in der breiten Bevölkerung umgesetzt werden konnte. Vielmehr soll der Einblick in seine Ideologie eine Hilfestellung zum zeitgeschichtlichen Denken sein. Dieser Einblick soll verhelfen, die heute alten Menschen in ihrem Geworden-Sein zu verstehen.

*Frau C.: (singt) Kleiner Johnny, flieg zum Tommy, nimm doch die Sprengbombe mit. Lass sie fallen, lass sie knallen. Schlag ganz England damit. Das haben wir als Kinder gesungen, dass war, äh, wie die Kleinen singen, Hänschen klein, so haben wir eben gesungen, kleiner Johnny flieg zum Tommy. Da wir ja in der Kinderschar organisiert waren, das war wie die, ähnlich wie die Pioniere oder so / also die Kinderschar war nichts schlechtes. Wir haben da auch Spiele gemacht und Musik, weiß noch die Fräulein Harnisch hat Schifferklavier gespielt und da waren nur meine Gedanken: Wir haben im Krankenhaus / mussten wir singen im Lazarett, nä? Unser Führer, das ist Adolf Hitler, äh warte, er liebt alle Kinder .. unser Führer, das ist Adolf Hitler, den wir von Herzen lieben, denn er liebt alle Kinder so wie wir ihn auch lieben. So habe ich mir als Zehnjährige gedacht, mir Gedanken gemacht, habe ich mir gedacht, du kennst den Hitler doch gar nicht. Ich meine, nä? Er liebt alle Kinder, wir lieben ihn, Mensch. Den haste doch / wie kannst du jemanden lieben, wenn du nicht äh / noch nie was, wenn den nicht kennst, wenn de den Menschen nicht kennst. Das waren so meine Gedanken.*

*Frau C: Ich hatte richtig Angst vor dem Pflichtjahr. Also als Erstes war man in der Kinderschar und dann wurde man ins BDM aufgenommen, also da wurde man gar ne gefragt, das war selbstverständlich. Und wenn man aus der achten Klasse raus war. Ich hatte eine Angst vor dem Pflichtjahr, weil ich ne mit Tieren umgehen kann / Kühe melken*

*uns so was, zu Bauern / das war noch nicht festgelegt, aber man wusste ja das es war, nää? Da habe ich eine Angst gehabt (lacht) in der Schule, das ging mir immer / Ich hatte Angst davor.*

*Frau C: Na gut, zweie [Brüder] waren eingezogen und .. wir waren trotzdem noch acht Leute, ich wees es ne mehr. Und der eine Bruder, der Jüngere, der mit sechszehn Jahren eingezogen wurde, der kam dann ja auch 1945 Anfang des Jahres, kam der wieder. Aber och total verlaust. Da hatte der solche Füße gehabt. Eine Woche lang / nach Ostpreußen sind die geschafft wurden und dort sind se wieder .. zurück / mussten se wieder zurück, nää? Solche dicken Füße hatte er gehabt. Und was wars Ende vom Lied? Eene Woche war er wohl zu Hause, da wurd er wieder eingezogen.*

*Frau C: Sparen, die Leute sollten ja nichts kaufen sondern sparen. Und dann sollten se auch, dass kann ich dir och noch sagen, habe ich och noch ein Buch da, tausend (...) für die gute Hausfrau. Da wurde alles wo man sparen konnte und alles aufgezählt / manchmal guck ich sogar noch rein.*

### **3.2.4 Die Abwesenheit der Väter**

In der Mehrzahl der Fälle waren die Väter über mehrere Jahre hinweg, überwiegend abwesend. Schon vor dem Krieg mussten Männer einen zweijährigen, von ihrer Familie entfernten, Wehrdienst ableisten. Als die eigentlichen Kriegshandlungen begannen, wurden nahezu alle wehrfähigen Männer eingezogen. Bis 1945 waren 86 Prozent der Männer der Geburtsjahrgänge 1911 bis 1922 als Soldaten im Krieg. 4,7 Millionen Soldaten starben, andere waren in Kriegsgefangenschaft und kehrten erst in der Nachkriegszeit wieder Heim (vgl. Franz 2006, S. 78).

Häufig standen die zurückgekehrten Männer, durch ihre eigenen Erlebnisse, den eigenen Kindern emotional kaum zur Verfügung. Ebenso führte die emotionale Entfremdung unter den Eltern zu einer hohen Scheidungsrate in der Nachkriegszeit (ebd.).

Das erlittene Leid der Frauen, hervorgerufen durch die Angst um die im Krieg stehenden Männer oder deren Verlust, durfte in der Öffentlichkeit nicht gezeigt. Der Nationalsozialismus erwartete von der deutschen Heldenmutter und Kriegerwitwe keine Trauer, sondern ihre pflichtbewusste Aufgabenerfüllung. Das übertrug sich auf die Kinder. Die Bedürftigkeit der Mütter könnte insbesondere die Jungen, aber auch die Mädchen, durch Parentifizierung in eine Familienposition rücken, die für die Kinder überfordernd war (ebd.). Die meisten mussten in erster Linie erwachsene Verhaltensweisen zeigen, dabei blieben kindliche Bedürfnisse, zum Beispiel das Zeigen sowie Sprechen über Gefühle eher zweitrangig. Somit könnte nicht nur vom Fehlen der Väter gesprochen werden, sondern auch vom „Fehlen der Mütter“, die durch die Abwesenheit oder den Verlust des

Ehemanns psychisch belastet waren. Die Not um die soziale und finanzielle Absicherung der Familie als auch die emotionale Belastung durch den Verlust oder der Abwesenheit des Mannes könnte daraus schließen lassen, dass die Mütter mit ihren Kindern depressiver umgingen als Mütter die gemeinsam mit ihrem Mann, die Schwierigkeiten der Kriegs- und Nachkriegszeit bewältigen konnten (ebd., S.79).

Die Kinder identifizierten sich mit aversiven Vaterbildern: dem abwesenden Vater, dem toten Vater, dem idealisierten Vater, dem Vater als Opfer, dem Vater als Täter. Parallel dazu könnten sich dazugehörige Mutterbilder entwickelt haben: die traumatisierte, dissoziative Mutter, die emotional verschlossene Mutter, die depressiv-abwesende Mutter und die verleugnende Mutter (ebd.). In Kindern kann dies zu einer gestörten emotionalen Binnenwahrnehmung und einer Störung in der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit führen. Darüber hinaus auch zu einer eingeschränkten Wahrnehmung von Fakten, vor allem in emotionalen Zusammenhängen (ebd.).

Zu den Erinnerungen über die verstorbenen Väter der 1930-1934 Geborenen kann Folgendes geschlossen werden: die Kinder der Geburtsjahrgänge 1930-1934 verfügen über ausreichende Bilder und Erinnerung über ihre Väter aus Vorkriegszeiten - in jüngerem Alter mehr durch die kurzen Fronturlaube. Die Mütter konnten eine lange Beziehung mit ihren Männern führen und in der Familie herrschen detaillierte Kenntnisse über die Persönlichkeit und den Interessen des gefallenen Vaters. Durch den Tod des Vaters konnten die früh in die Rolle eines Erwachsenen gerückt werden. Oft identifizierten sich die Kinder mit einem idealisierten Vaterbild. Die Trauer über den verstorbenen Vater wurde zumeist unterdrückt. Einige Kinder entwickelten auch ein Vaterbild, welches sie beschuldigen konnten (vgl. Radebold 2009, S.88).

Die zeitlich begrenzt abwesenden Väter begegneten ihren Kindern in unterschiedlichen psycho-sexuellen und psycho-sozialen Entwicklungsphasen. Kind und Vater könnten sich durch die lange Abwesenheit fremd geworden sein. Die Kinder haben sich verändert und weiterentwickelt. Dabei könnten Vater und Kind durch die neue familiäre Rollenteilung in Konkurrenz miteinander geraten als auch in ödipaler Auseinandersetzung oder pubertärer Ablösung. Die Männer haben sich durch die Kriegserlebnisse verändert und können dadurch ihren Kindern „unbekannt“ erscheinen. In großer Zahl sind die Männer durch den Krieg psychisch sowie physisch beeinträchtigt oder krank. Sie können das Gefühl entwickelt haben den Aufgaben als Versorger, Ehemann und Vater nicht nachkommen zu können. Einigen fällt es schwer wieder in das normale Berufs- und Sozialleben

einzusteigen (ebd.). Der Unterschied zwischen dem internalisierten Vaterbild und dem heimkehrenden Vater könnte in den Kindern Enttäuschung und eine gestörte Objektbeziehung ausgelöst haben.

Einige Männer scheinen unversehrt aus dem Krieg wiedergekommen zu sein, haben seltener Probleme wieder in das Berufsleben einzusteigen und erfüllen ihre Aufgaben als Vater und Ehemann pflichtbewusst, sind aber dennoch psychisch abwesend und reagieren auf ihre Kinder gefühllos. Sie kapseln sich von ihrer Innenwelt ab, sind übermäßig tatenkräftig und neigen zum Teil zu Suchtverhalten um ihre Kriegserfahrungen zu verdrängen. Ihre Erziehung gleicht jedoch körperlicher Tüchtigkeit ohne Äußerung von Gefühlen (ebd., S.89f).

*Frau C: Da wurde er [der Vater] an die Front geschickt als Eisenbahner. Und darauf hin ist er an die Front gekommen. Nach Russland.*

*I: Nach Russland?*

*Frau C: Nowosibirsk. Und ich weiß noch, meine Mutter war eifersüchtig, weil dort so viel Frauen arbeiteten.*

*Frau C: Also wenn die eingezogen wurden, die Leute / also als Kind hat man ja nicht alles so genommen, nã? Der wurde eingezogen und der ist nicht wieder gekommen. Und jeder Soldat der gefallen ist / hab ja auch zwei Onkels die gefallen sind / waren ja alle gleich tot, die hatten alle Kopfschuss.*

*I: Mhm.*

*Frau C: Man muss sich das mal zergehen lassen. Die hatten Kopf / hatten alle Kopfschuss. Damit sie keine Schmerzen erlitten haben. Das se schnell tot waren. Beispielsweise der eine Onkel. Äh, der war Flieger gewesen, da weiß ich auch, meine der war auch, der war auch / kam auch die Nachricht, der hat Kopfschuss und war sofort tot. Wie viel da geschrien haben und wie viel Blut da geflossen hat und wie viel aufgefressen wurden von Ungeziefer, da wurde kein Wort drüber gesprochen. Also die sind alle den Heldentot gestorben. Die sind alle mit wehenden Fahnen, sind die alle naus.*

*Frau C: Aber meine Mutter hat uns schon erzogen, dass muss ich ehrlich sagen, die hat uns lebensstüchtig erzogen. Mein Vater hat uns ne erzogen .. höchstens / uh viel zugeschlagen mit Ochsenriemen. Uh meine Brüder, mhm, haben viel Dresche gekriegt, nã?*

*Frau C: Meine Mutter hat immer gesagt, es hat sich noch niemand arm geschenkt, auch, es hat sich noch niemand tot gearbeitet. Das war'n der ihre Sprüche immer, also wir*



*mussten / mach, mach, mach, mach / deswegen war ich och immer das (...). Was von den Kindern und Jugendlichen verlangt wurde, spottet jeder Beschreibung und da wurde nicht danach gefragt. Passt dir das, oder kannst du noch?*

*Frau C: Also ich würde mal sagen, wir mussten zu Hause tüchtig ran, auch alle, nää? Von wegen hinsetzen .. äh, wir mussten alles mit machen zu Hause. Wir mussten für andere Leute noch Wege gehen und alles mögliche. Und dann zu Hause sparsam wirtschaften, das hat man auch gelernt, nää? Kochen oder wie / meine Mutter hat ja auch selber genäht, nää? Ich hab dann och viel selber gemacht, nää?*

### **3.3 Zusammenfassung**

Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 erlebten den Nationalsozialismus und den Zweiten Weltkrieg als Kollektivschicksal und „Normalität“, deshalb sprachen und sprechen bis heute die Betroffenen untereinander wenig über ihre Erlebnisse (vgl. Radebold 2009, S.104).

Das Verdrängen von Gefühlen und beschädigenden Erlebnissen wurde ebenso durch die nationalsozialistische Erziehung aber auch durch die transgenerationale Weitergabe durch Eltern und Großeltern verstärkt. Diese Erziehung erleichterte wohl das Überleben in der Kriegszeit, jedoch erschwerte es einen gelungenen Verarbeitungsprozess. Wenn die heute alten Menschen, die belastende bis traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, von den damaligen Erlebnissen sprechen, dann meist als abenteuerliche Darstellungen (ebd.)

Die Umstände verlangten von den Geburtsjahrgängen früh erwachsene Verhaltensweisen dadurch konnten kindliche und jugendliche Entwicklungsaufgaben nur unzureichend bewältigt werden. Parentifizierung in der Familie, Verlust sowie die zeitlich begrenzte Trennung von zentralen Bezugspersonen könnten Störungen in Beziehungs- und Bindungsverhalten verursacht und könnten eine gelungene Bildung der psycho-sexuellen und psycho-sozialen Geschlechtsidentität behindert haben. In der Nachkriegszeit pegelten sich die Lebensumstände weitestgehend wieder ein. Jedoch verlangten die Nachkriegsjahre ebenso körperliches Funktionieren in einer anormalen Normalität (vgl. Radebold 2009, S.104).

Der große Umfang an ungünstigen Bedingungen über beschädigende Erlebnisse zu sprechen machte es möglich, dass selten ein Trauerprozess oder eine Aufarbeitung bei den Betroffenen eingesetzt hat und die Folgen unbearbeitet bis heute anhalten (ebd.).

## **4 Die Geburtsjahrgänge 1930-1934 im stationären Pflegekontext**

Dieses Kapitel kann als Jetzt-Aufnahme verstanden werden, in dem es darum geht, ein Bild zu zeichnen, das der Mehrheit der Altenpflegeheime entspricht und aus der Literaturrecherche hervorgeht. Zum Verständnis dieses Kapitel gehört, dass sich meine Gedanken, außer ich erwähne es explizit, auf die Situation pflegebedürftiger bis schwer pflegebedürftiger Menschen konzentrieren. Am Ende versuche ich eine Bilanz aus dem Bild, welches sich aus der Lebenswelt Altenpflegeheim ergibt und den Spätfolgen von belastenden bis traumatisierenden Belastungen aus Kriegs- und Nachkriegszeit sowie der nationalsozialistischen Erziehung ergeben, zu ziehen. Es bleibt unweigerlich ein Versuch, frühere Belastungen mit der Pflegebedürftigkeit im institutionellen Rahmen resultierenden Belastungen, zu kombinieren und kann als Zuspitzung gesehen, die das Leben, Sterben und Arbeiten in institutionellen Rahmen des Altenpflegeheims in Frage stellt und zum Denken anregen soll.

### **4.1 Spätfolgen der Kriegserfahrungen**

#### **4.1.1 Langzeitfolgen von Flucht, Vertreibung und Ausbombung**

Der Verlust der frühkindlichen Sicherheit und Distress durch andauernde Bedrohung als auch die Trennung oder Abwesenheit einer Bezugsperson in der Kindheit stellen ein Risikofaktor für die gesamtheitliche Gesundheitslage eines Erwachsenen dar (vgl. Franz 2006, S.69).

Die Universität Leipzig gab 2002 eine bevölkerungsrepräsentative Befragung über die Langzeitfolgen von Ausbombung und Vertreibung im Zweiten Weltkrieg der zwischen 1930-1945 Geborenen in Auftrag. Insgesamt kann aus der Befragung die Schlussfolgerungen gezogen werden, dass die Ausbombungen eine hohe Zahl an Panikattacken verursachten und die psychosoziale Funktionsfähigkeit der heute erwachsenen Menschen beeinträchtigen (vgl. Brähler, Decker, Radebold 2005, S. 111). Befragte, die im Zweiten Weltkrieg als Kinder oder Jugendliche auf der Flucht waren, besitzen eine geringere körperliche Funktionsfähigkeit als nicht Flüchtende. Die körperliche Rollenfunktion und soziale Funktionsfähigkeit ist bei den Ausgebombten niedriger. Das psychische Wohlbefinden und die Vitalität, der von Bombenangriffen Betroffenen, ist geringer und die körperlichen Symptome höher als bei der Vergleichsgruppe (ebd., S.123ff). Das überwiegende Aufwachsen ohne Vater zeigte bei einer weiteren Befragung im Jahr 2003, dass die heute Erwachsenen häufiger am Erschöpfungssyndrom und unter stärkeren körperlichen Symptomen leiden. Sie zeigten

mehr negative Affektivität und soziale Hemmungen (ebd., S.111). Vaterlos aufgewachsene Kinder zeigen signifikant höhere depressive und sozialphobische Symptome, wie zum Beispiel Misstrauen. Vor allem vaterlos aufgewachsene Frauen zeigten mehr vegetative Symptome als vaterlos aufgewachsene Männer oder mit Vater aufgewachsene Frauen (ebd., S.127).

#### **4.1.2 Ich-Syntone Verhaltensweisen der Kriegskinder**

Ich-Syntone Verhaltensweisen sind typische, zu der Person gehörende Verhaltensweisen. Sie können in Folge der Belastungen aus der Kindheit, Ausdruck von früheren Bewältigungs- und Abwehrstrategien sein, die erlernt wurden. Sie könnten im Zweiten Weltkrieg und in der Nachkriegszeit den Kindern und Jugendlichen verholten haben, zurecht zu kommen und zu überleben (vgl. Radebold 2009, S. 72ff). Teilweise lassen sich die hier benannten Verhaltensweisen auch als einengende bezeichnen, da sie Lebensumstände, Gefühlsleben, soziale und emotionale Kontaktaufnahmen erschweren und damit die gesamte Lebensqualität des Menschen beeinträchtigen können (ebd., S.73f). Typische Ich-Syntone Verhaltensweisen als Folge der Belastungen des Zweiten Weltkrieges können sein (ebd., S.72ff):

- „Nichts wegwerfen können“, z.B. Essen und Essensresten, alltägliche Gegenstände
- starkes Einhüllen in Wärme und Schutz bietenden Decken und Kleidung
- hohe Spar- und Genügsamkeit; ständiges Sparen-Müssen im Alltag, z.B. Heizung, Wasser, Bekleidung
- ausgeprägter Ordnungs- und Kontrollsinn sowie sehr gewissenhaftes Planen, Organisieren und Funktionieren
- hohes Sicherheitsbestreben, „alle Situationen im Griff haben“
- Vermeidung der Abhängigkeit von Personen, Situationen und Hilfsmitteln, jedoch sehr ausgeprägte Pseudo-Autonomie
- Kampf um Erhalt neuer Eigenschaften, Fähigkeiten und materiellen Objekten
- hohe körperliche Belastbarkeit und Leidensfähigkeit, jedoch wenig Rücksichtnahme und Fürsorge für den eigenen Körper und sich selbst
- übermäßige Sorge und Fürsorge für andere Menschen, ständige Angst wichtige Menschen zu verlieren, dabei Selbstvernachlässigung und starke Aufopferungsbereitschaft
- Schwierigkeiten bis zur Unmöglichkeit zu trauern, unangemessene Trauerreaktionen, unangemessenes Rückzugsverhalten, Erstarrung

- starke Orientierung an Arbeit und Werksinn
- skeptische, vorsichtige bis misstrauische Einstellung gegenüber Fremden und Umwelt

*Frau C: Ordnung herrschte schon, das ist das einzige was ich sagen kann, da waren die Leute ä bissl ordentlicher / da wurde nichts auf de Straße rum geschmissen.*

*Frau C: Das war der nicht gewöhnt, dass ein Loch in der Unterwäsche war [ihr Sohn]. Gab 's nicht. Ich habe alles immer gleich sofort in Ordnung gebracht, nä?*

*Frau C: Ich hab neben bei noch geschneidert für mich selber (lacht). Ich hab och de Decken für de Leute gestrickt, damit ich noch ein wen Geld verdiene, ja? Da siehste, habe ich alles selber gemacht und ... ich hab eben funktioniert.*

*Frau C: (flüstert) Aber ich bin nicht klein zu kriegen. (klopft mit der Faust auf den Tisch) Hinterher siehst man's. Erst haste keine / man hat keine, ich sag mal, du hast nicht gelebt, du hast existiert, nä? Ich mein ich hab ja immer gearbeitet. Ich hab die vier Kinder gehabt. Eener im Pflegeheim, als ich dann alleine war [geschieden].*

#### **4.1.3 Psychische Störungen**

Zu den psychischen Störungen in Folge belastender bis traumatisierender Kriegserfahrungen gehören Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10 F 43.1). Bei den damaligen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird von einer Betroffenheit von 5 Prozent für eine umfassende Posttraumatische Belastungsstörung ausgegangen und bei 30 Prozent von einer partiellen Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Symptome verstärken sich bei aktuellen Ereignissen, aber auch spezifischen Äußerungen und Geräuschen, die an die Erfahrungen der Traumatisierung erinnern (vgl. Radebold 2009, S.75).

Wie zuvor erwähnt gehören zu den Langzeitfolgen von Flucht, Vertreibung und Ausbombung, Angstzustände, Panikattacken und phobisches Vermeidungsverhalten (ICD-10 F 40), sie können aber auch als Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten (ebd.). Auffallend hohe depressive Symptomatik (ICD 10 F 43.21, F 32.0-3, F 33.0-3) in der Altersgruppe der 60 bis 85-Jährigen kann aufgrund der Befragung des Jahres 2002/3 in Zusammenhang mit belastenden bis traumatisierenden Erlebnissen im Zweiten Weltkrieg gebracht werden. Vor allem vaterlos aufgewachsene Kinder zeigen depressive, dysthyme, sozialphobische Symptome sowie physische, kognitive und affektive Müdigkeit (ebd., S.76). Durch den Verlust von zentralen Bindungs- und Beziehungspersonen und die Einschränkungen in der Bewältigung der Trauer lässt sich depressive Symptomatik mit Kriegserfahrungen in der Kindheit in Verbindung bringen (ebd.).

Durch nicht ausreichend zur Verfügung stehenden männlichen sowie weiblichen Vorbildern, in der psychosozialen und psychosexuellen Geschlechtsidentitätsentwicklung, könnte das Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten und das Gestalten von befriedigenden Beziehungen eingeschränkt sein. Identitätsentwicklungen wurden durch den Krieg und seinen Auswirkungen abgebrochen und konnten in der Nachkriegszeit teilweise nicht mehr weitergeführt werden (ebd., S.78).

#### **4.1.4 Trauma-Reaktivierung und Re-Traumatisierung**

Kindheitstrauma und Traumatisierung können Folgen und Symptome bis in das hohe Erwachsenenalter zeigen. Im Alter kann es zu Trauma-Reaktivierung kommen oder in Folge einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu einer erneuten Traumatisierung. Re-Aktivierungen können hervorgerufen werden, weil Menschen im höheren Erwachsenenalter nicht mehr abgelenkt von Berufs- und Familienleben, Unbewältigtes und bis dahin Verdrängtes, wahrnehmen. Sie verspüren, dann unbewusst den Druck sich einer unbewältigten Entwicklungsaufgabe stellen zu müssen (vgl. Radebold 2009, S. 82f)

Im Sinne einer narzisstischen Kränkung kann der Prozess des Alterns selbst, traumatische Inhalte reaktivieren. Der körperliche Alterungsprozess löst in den Menschen Angst vor erneuter Abhängigkeit und ohnmächtiger Hilflosigkeit aus, die sie in ihrer Erinnerung an die Kriegsjahre verspürt haben. Das Berufs- und Familienleben verhalf den Menschen bis zum Beginn des Symptomausbruchs erfolgreich, diese intrapsychische Dynamik abzuwehren (ebd.). Darüber hinaus macht der alternde Mensch Verluste auf verschiedenen Ebenen, die ebenfalls eine Re-Traumatisierung und Re-Aktivierung beeinflussen: Verluste die den eigenen Körper betreffen, Verluste von nahestehenden Menschen und Verlust der Rollenfunktionen und des eigenen Status (vgl. Gröning 2000, S. 37).

## **4.2 Die Rolle der Institution Altenpflegeheim**

### **4.2.1 Pflegebedürftigkeit und die Institution Altenpflegeheim**

Es folgt eine Definition von Pflegebedürftigkeit. Ich habe bewusst diese Definition zitiert, damit durch mich keine Veränderung erfolgt:

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Nach der Definition des Pflegegesetzes sind damit Personen erfasst, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem

Maße der Hilfe bedürfen. (...) Die Pflegeversicherung ist im Jahr 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt worden. Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert und jeder privat Krankenversicherte muss eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die prinzipiell Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte entrichten. (...) Im Jahr 2013 zahlt die Pflegeversicherung bundesweit für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegestufe I pauschal 1.023 Euro pro Monat, in der Pflegestufe II 1.279 Euro und in der Pflegestufe III 1.550 Euro (Härfälle: 1.918 Euro). Zur Finanzierung der darüber hinausgehenden Kosten müssen die Pflegebedürftigen eigene finanzielle Mittel aufwenden (Renten, Pensionen, Vermögen) oder auf die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe zurückgreifen (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII). Wenn Letzteres der Fall ist, dürfen die Sozialämter Auskünfte über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Kinder (und deren Partner) einholen und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit den gegenüber den Eltern geschuldeten Unterhalt einfordern“ (Bundeszentrale für politische Bildung 2013).

Es existieren in Deutschland verschiedene institutionelle Wohnformen für alte und hochaltrige Menschen, die im allgemeinen Sprachgebrauch oft unter dem Begriff „Altersheim“ zusammengefasst werden, daneben gibt es auch Alterswohnstifte für Menschen mit besonderen finanziellen Ressourcen, die auch umgangssprachlich eine Abhebung finden, und geriatrische Einrichtungen (vgl. Mayring, Saup 1990, S. 76). In dieser Arbeit soll der Blick auf das Altenpflegeheim und die mehrgliedrigen Einrichtungen, die eine Mischform aus Altenwohn-, Alten- und Altenpflegeheim sind, gelegt werden. Da das Augenmerk dieser Arbeit auf pflegebedürftige Menschen gelegt wird. Deshalb wird in dieser Arbeit, die Institution Altenpflegeheim benannt werden (ebd., S.77).

Altenpflegeheime stellen eine Versorgungsinstanz für pflegebedürftige Menschen dar, die laut der oben genannten Definition, nicht mehr in der Lage sind, eigenständig ihre eigene Person und ihren eigenen Haushalt zu versorgen. Die Wohnsituation in Altenpflegeheimen ist meist von Doppel- und Mehrbettzimmer geprägt, in der nur vereinzelt Gegenstände oder Möbel mitgebracht werden können. Die Vorteile liegen dabei in der umfassenden hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Person, die allerdings die Privatheit einschränkt und eine ständige Konfrontation mit gleichfalls pflegebedürftigen Menschen bedeutet (ebd., S. 77).

Das Altenpflegeheim wird in der Literatur von verschiedenen AutorInnen als totale Institution beschrieben. Aus diesem Grund möchte ich einen kurzen Blick auf den Begriff werfen. Das Konzept der „totalen Institution“ wurde von dem amerikanischen Soziologen Goffmann entwickelt. Prägend für eine totale Institution ist das Machtgefälle zwischen

dem Personal und den BewohnerInnen, wobei die Institution sowohl Wohnstätte für die pflegebedürftigen Menschen als auch Arbeitsstätte für die Pflegekräfte ist. Durch dieses ungleiche Machtverhältnis kann es auf Seiten der BewohnerInnen zu dem Verlust eigener Kontrollmöglichkeiten, der Privatsphäre und letztendlich zum Verlust der Identität kommen (vgl. Reichert, Wahl 1994, S. 34). Ein weiteres Merkmal ist, dass die darin lebenden Individuen ein von der Gesellschaft abgeschlossenes und formal reglementiertes Leben führen. Damit sind für die Pflegebedürftigen die Möglichkeiten eingeschränkt, soziale Kontakte außerhalb des Pflegeheims zu führen, während die Pflegekräfte am sozialen Leben außerhalb des Heims teilhaben (vgl. Schilder 2007; S. 108).

Im Pflegedienst gelten als Fachpersonal, anerkannte examinierte AltenpflegerInnen und Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger. Zu deren Aufgabengebieten gehören „(...) Gesundheits- und Krankenpflege, Körperpflege, Hygiene, Behandlungspflege, Hilfe beim essen sowie die Rehabilitation.“ (Belardi, Fisch, Müller 1999, S. 149). Die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen, d.h. Hilfe bei der Lebensführung, Vermittlung von Angehörigenkontakte und Gespräche, gehört ebenfalls zu deren Aufgabengebiet. Weiterhin sind an der Pflege beteiligte Gruppen: AltenpflegehelferInnen, Aushilfen, PflegeschülerInnen, Bundesfreiwilligendienstleistende, PraktikantInnen und FSJlerInnen. Im Pflegeversicherungsgesetz ist zwar eine klare Verteilung von Fachkräften und Hilfskräften in der stationären Pflege vorgeschrieben, jedoch scheint dies, auf Grund der Änderung der Finanzierungsmodalitäten und der neuen Pflegestufeneinteilung des Medizinischen Dienst der Krankenkassen, nicht umsetzbar. Dies betrifft auch die Existenz von Sozialdiensten in den Altenpflegeheimen und damit die Stellung der Sozialen Arbeit (vgl. Belardi, Fisch, Müller 1999, S. 150).

Der Sozialdienst in der stationären Altenpflege hat sich erst recht spät entwickelt. Neben der Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen sind am Sozialdienst beteiligt: BeschäftigungstherapeutInnen, KrankengymnastInnen, ErgotherapeutInnen als auch AltenpflegerInnen mit einer Zusatzausbildung zur Altentherapeutin (ebd., S.151). Das ein Altenpflegeheim einen Sozialdienst besitzt, bedeutet nicht gleich, dass ein/e Sozialarbeiter/in beschäftigt ist.

Das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit in der Altenhilfe stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar, in der es darum geht, mit allen an der Pflege Beteiligten, zusammen zu arbeiten, dies umfasst: die BewohnerInnen, das Wohnumfeld, Angehörige, Ehrenamt, MitarbeiterInnen, Gemeinwesen, Verwaltung und Organisation. Schwerpunkt der Kompetenzen der/s Sozialarbeiter/in liegen dabei auf: psycho-soziale Beratungskompetenzen,

klientenkonzentrierte Managementkompetenzen sowie erhaltenstherapeutische und rehabilitative Kompetenzen (vgl. Belardi, Fisch, Müller 1999, S. 156). Das neue Pflegeversicherungsgesetz hat die Unsicherheiten in Bezug auf die Finanzierungsmodalitäten von Sozialer Arbeit in Altenpflegeheimen verstärkt und damit scheint die Zukunft der Stellung der Sozialen Arbeit, und damit auch ihrer Professionalisierung, in der Altenhilfe ungewiss (ebd., S. 162f).

#### **4.2.2 Umzug in ein Altenpflegeheim**

Wohnen nimmt im Leben eines Menschen einen sehr hohen Stellenwert ein. Die Wohnung spiegelt die eigene Identität wider, stärkt diese und kann als Verlängerung des eigenen Selbst durch persönliche Gegenstände verstanden werden. Wohnen bedeutet aber auch Privatheit und die Abgrenzung von der Öffentlichkeit. So ist die Entscheidung die eigene Wohnung aufzugeben und in ein Altenpflegeheim zu ziehen eine existenziell herausfordernde Situation vor dem Hintergrund, dass dieser Umzug mit hoher Wahrscheinlichkeit, ein letzter, irreversibler und endgültiger ist. Damit verlangt die Entscheidung und der Umzug von dem Menschen den Einsatz aller seiner Bewältigungskompetenzen (vgl. Reichert, Wahl 1994, S. 15ff) und stellt einen sensiblen Anpassungs- und Lernprozess gegenüber der neuen Umwelt dar, bei dem es darum geht, die neuen Lebensumstände wahrzunehmen und zu verarbeiten (vgl. Hildebrandt 2012b, S. 261).

Der Einzug bedingt eine Veränderung und Umformung der bisherigen Lebensgestaltung und vielen stehen diesem mit ambivalenten Gefühlen gegenüber. Auf der einen Seite bietet das Wohnen im Altenpflegeheim eine zuverlässige und ausreichende Pflege mit hauswirtschaftlichen Komfort und Sicherheit, auf der anderen Seite stehen negative emotionale Aspekte, die mit einer Reihe von Verlusten verbunden sind: sozial und materiell. Zum Beispiel zieht der Verlust der vertrauten Wohnung mit den persönlichen Gegenständen den Verlust der Wohnumgebung sowie der nachbarschaftlichen Netzwerke mit sich. In diesem Zusammenhang kann die Frage aufgeworfen werden, ob ein Altenpflegeheim überhaupt als ein neues Zuhause angesehen werden kann? Knobling (1999) und Bosch (1992) stellten in einer Studie heraus, dass die BewohnerInnen sich nicht im eigentlichen Sinne „Zuhause“ fühlen können, wenn Gegenstände und Dinge, die zur Person und deren Geschichte gehören, fehlen und die Privatheit eingeschränkt ist (vgl. Schilder 2007, S. 116f).

Mit dem Einzug in ein Altenpflegeheim muss eine neue Art der Privatheit entwickelt werden. Besonders, wenn der Mensch in einem Doppel- oder Mehrbettzimmer wohnt.



Auch steht die bisherige individuelle Lebensführung des Menschen den reglementierenden Regeln der Institution gegenüber. Die Institution erwartet von den BewohnerInnen die Einhaltung gewisser Regeln, von feststehenden Essenszeiten bis hin zu sonstigen sozial-organisierten Aktivitäten (vgl. Reichert, Wahl 1994, S. 32). Einige AutorInnen wie Knobling (1999) sprechen im Zusammenhang eines Umzugs in ein Altenpflegeheim von einem traumatischen Ereignis und Dux (1997) von einem radikalen Bruch in dem Leben der Menschen (vgl. Schilder 2007, S. 111).

Wie der Umzug tatsächlich von dem Menschen wahrgenommen wird, hängt neben komplexen subjektiven Faktoren auch entscheidend von der Art der Übersiedlung ab. Zum Einen kann der Umzug in Folge einer chronischen Krankheit oder eines langen Krankenhausaufenthaltes stattfinden, wobei dem Menschen zu Hause unzureichende häusliche Bedingungen für eine vollständige Versorgung zur Verfügung stehen. In diesem Fall geschieht der Umzug plötzlich ohne angemessene Vorbereitung, selten freiwillig oder mit eigener innerer Überzeugung (vgl. Hildebrandt 2012b, S. 261). Zum anderen kann dem Umzug ein langer Prozess der Auseinandersetzung mit sich selbst, dem Alter, der sozialen und dinglichen Umwelt und der eigenen Einschätzung der eigenständigen Lebensführung voraus gehen. In einigen Fällen gehen die objektiven Faktoren wie zum Beispiel der objektive Gesundheitszustand und die subjektiven Faktoren, die zu einem Einzug in ein Altenpflegeheim bewegen, weit auseinander. So ist es möglich, dass Menschen ohne notwendigen objektiven Gesundheitsgrund in ein Altenpflegeheim ziehen, weil sie hoffen, mehr sozialen Kontakt innerhalb jenem gestalten zu können, oder Angst haben, irgendwann ihrer Familie zur Last zu werden bzw. ihren Angehörigen die schwierige Entscheidung im Ernstfall über den Einzug in ein Altenpflegeheim abnehmen wollen (vgl. Reichert, Wahl 1994, S. 21).

In allen Fällen ist der Umzug in ein Altenpflegeheim ein hochkomplexer Entscheidungs- und Lernprozess, in dem sich Widersprüche, Ambivalenzen, Wünsche und Unsicherheiten spiegeln, die durch die jeweilige Institution selbst verstärkt oder aufgehoben werden kann (ebd.). Die Entscheidung selbst, der Umzug und die Eingewöhnung sollten in einem lebenslaufbezogenen, biographischen Zusammenhang gesehen werden und können als Entwicklungsaufgabe gesehen werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass zu einem gelungenem Anpassungsprozess die eigene Entscheidungs- und Kontrollfähigkeit des Menschen in Bezug auf den Umzug in ein Altenpflegeheim entscheidend beiträgt. Darüber hinaus sollte im vornherein durch

Hausärzte, Kliniken und den Altenpflegeheimen selbst mehr informiert werden, damit der Mensch die Option hat, vor dem endgültigen Entschluss in ein Heim zu ziehen, andere Möglichkeiten wahrzunehmen (ebd., S. 32).

#### **4.2.3 Lebenswelt Altenpflegeheim**

In diesem Kapitel soll versucht werden, die Lebenswelt Altenpflegeheim zu skizzieren. Auch hier sei erwähnt, dass jeder Bewohner und jede Bewohnerin die Lebenswelt individuell wahrnehmen kann und es sich hier lediglich um einen Versuch handelt ein differenziertes Bild wiederzugeben, welches sich aus der Fachliteratur über das Leben im Altenpflegeheim ergibt. BewohnerInnen von Altenpflegeheimen sind keine homogene Gruppe und haben verschiedene Persönlichkeitsmerkmale sowie unterschiedliche körperliche und geistige Bedürfnisse.

Ende 2012 waren 2,54 Millionen Menschen pflegebedürftig, knapp ein Drittel davon lebte in Altenpflegeheimen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2013). Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass die meisten Altenpflegeheime von Refinanzierungslogik und einem somatisch orientierten Pflegeverständnis geprägt sind, der wenig Freiraum lässt für einen palliativen Blick, der den gelingenden Alltag und das Miteinander von Angehörigen, Freiwilligen sowie ärztlich und pflegerisch Tätigen in den Vordergrund stellt. Dabei würde sich die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und der dementiell erkrankten Menschen in speziell ausgerichteten Versorgungs- und Betreuungsformen verbessern (vgl. Hildebrandt 2012b, S. 261f).

Die Lebenszufriedenheit der BewohnerInnen ist unter anderem abhängig von den Kontrollmöglichkeiten, die sich ihnen bei der Pflege bieten. Wenn Menschen pflegebedürftig sind, lässt es sich in einigen Bereichen nicht vermeiden, dass ein Teil ihrer Kontrollmöglichkeiten verloren gehen, wird der Kontrollverlust in den Gestaltungsmöglichkeiten der BewohnerInnen aber durch negative Strukturen einer jeweiligen Institution verstärkt, kann dies zur Entwicklung der „erlernten Hilflosigkeit“ führen. Diese hat negative Konsequenzen im gesundheitlichen und psycho-sozialen Bereich. Der Begriff wurde von dem Psychologen Seligman geprägt (vgl. Reichert, Wahl 1994, S. 34). Erlernte Hilflosigkeit bedeutet:

„(...) dass Passivität, Depressivität, unangemessene Aggressivität usw. durch meist mehrere schwere Erfahrungen erworben wird. Gemeinsam ist den Erfahrungen, unangenehmen Situationen hilflos ausgeliefert zu sein, ein Schicksal nicht abwenden zu können, sich nicht erfolgreich wehren zu können. Wer sich vergeblich bemüht und dennoch

ausgeliefert ist, entwickelt das Syndrom der ‚erlernten Hilflosigkeit‘ und setzt sich nicht mehr oder unangemessen für seine Belange ein(.)“ (Ruthemann 2005, S. 234 zit.n. Hildebrandt 2012b, S. 262).

Auch Hildebrandt (2012b) weist auf diese negative Entwicklung hin, wenn das Leben in Altenpflegeheimen von einem stark reglementierten Alltag geprägt ist, welches zu einer verminderten Selbstverantwortung mit der Einschränkung von Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten führt (vgl. Hildebrandt 2012b, S. 262).

Das Bild, BewohnerInnen verbringen ihren Alltag ohne Aktivitäten ist nicht generell zutreffend. Der überwiegende Teil der „aktiven“ BewohnerInnen pflegt soziale Kontakte innerhalb des Altenpflegeheims und ein kleiner Teil ihrer sozialen Aktivitäten ist von Kontakten außerhalb des Altenpflegeheims geprägt (vgl. Reichert, Wahl 1994, S. 38). Die Berliner Altersstudie weist darauf hin, dass im Heim vielmehr die Faktoren kumulieren die Isolation, als auch verstärkte Einsamkeit bedingen: die Menschen sind in ihrer geistigen und physischen Handlungsfähigkeit eingeschränkt, häufig ledig oder verwitwet, pflegen wenige soziale Beziehungen und fühlen sich deshalb einsamer (vgl. Hildebrandt 2012b, S. 262). Der soziale Kontakt zu den MitarbeiterInnen stellt eine besondere Bedeutung für die BewohnerInnen dar, allerdings lässt sich dieses Bedürfnis, auf Seiten der MitarbeiterInnen durch die Strukturen vieler Institution nicht immer befriedigend umsetzen wie im nächsten Kapitel „Arbeitswelt Altenpflegeheim“ näher beschrieben wird.

In den Altenpflegeheimen leben überwiegend Frauen, dadurch ist das Angebot im Aktivierungs- und Betreuungssektor von einem weiblichen Interessenbild geprägt, somit fehlt es oft an männerspezifischen Angeboten (vgl. Brandenburg 1994, S. 69ff). Auch der Wunsch nach Befriedigung von intimen und sexuellen Bedürfnissen spielen im Alter, bei der Frage nach sozialen Kontakten und Aktivitäten, eine Rolle, werden diese von vielen Altenpflegeheimen nicht als solche wahrgenommen (vgl. Reichert, Wahl 1994, S. 39). Die Antwort auf die Frage nach der Gestaltung des sozialen Lebens geben die BewohnerInnen aber selbst und damit auch darüber wie viel Aktivität und Rückzug sie bedürfen.

In der Fachliteratur ergibt sich größtenteils das Bild eines stark reglementierten Alltags in den Altenpflegeheimen. Die reglementierenden Strukturen die das Zubettgehen, die Essens- und Toilettenzeiten bis in das Kleinste regeln, können im Zusammenspiel von Monotonie, Fremdbestimmung und Eintönigkeit dauerhaft als existenzbelastend oder -bedrohend erlebt werden. De Veer und Kerkstra (2001) machen neben den negativen Aspekten des Pflegealltages allerdings auf die positiven Aspekte der Strukturgebung und

Routine aufmerksam (vgl. Schilder 2007, S. 111ff). Es korrespondieren bzw. rivalisieren die Aspekte der Versorgungssicherung mit denen nach Orientierung und Erhalt der Selbstbestimmung (vgl. Hildebrandt 2012b, S.261f).

Durch den Ausbau im ambulanten Unterstützungsbereich und der häuslichen Versorgung hat die Zahl an Schwerstpflegebedürftigen in Altenpflegeheimen zugenommen, auch ist der Anteil an psychisch veränderten BewohnerInnen angestiegen (vgl. Brandenburg 1994, S. 69). Mit einer erhöhten Pflegebedürftigkeit steigt auch der Grad an Grenzüberschreitung während der Pflege: auf psychischer Ebene, in allen Formen der Fremdbestimmung und auf physischer Ebene. Deshalb soll auf die BewohnerInnen ein weiteres Augenmerk gelegt werden, die einer erhöhten Pflege bedürfen.

Die physische Dimension der Grenzüberschreitung umfasst das Zimmer, das Bett und den eigenen Körper der BewohnerInnen. Die benannten Dimensionen stellen eine Art Territorium dar. Verfügungs-, Nutzungs- und Gestaltungsrecht sollten zu der Territorialität der Pflegebedürftigen gehören. Erst damit, wäre eine Regulierung der Privatheit möglich (vgl. Opitz 1998, S. 88). Der persönliche Raum hängt oft von dem Grad der Pflegebedürftigkeit ab, verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand kann eine Überweisung von einem Einzelbettzimmer in ein Doppelbett- oder Mehrbettzimmer erfolgen. Damit schränkt sich der persönliche Raum auf das Bett ein. Die Körperhülle ist das kleinste Territorium des pflegebedürftigen Menschen und sollte als selbstständiges Reservat fungieren. Unterschiedliche Körperteile stellen unterschiedliche Territorien dar, deren Grenzüberschreitung annehmbar oder Scham besetzt ist. In der professionellen Pflege werden deshalb bestimmte Körperteile in öffentliche, halb-öffentliche, private und intime Territorien eingeteilt. Um eine genaue, individuelle Bestimmung zu definieren, gehört allerdings die Befragung der BewohnerInnen. Besitzterritorien sind Hilfsmittel, die zu dem Menschen gehören, zum Beispiel Brille oder der Zahnersatz. Im schlechtesten Fall gehören zu der Lebenswelt des schwerstpflegebedürftigen Menschen nur noch die Körperhülle und deren Besitzterritorien. Jeder Verlust einer Funktionsfähigkeit des Körpers ist als Verlust des eigenen Territoriums und der eigenen Grenzen gleichzusetzen (vgl. Sander 2003, S. 72f). Die dauerhafte Grenzüberschreitung, die mit der Pflegedürftigkeit einhergeht, ist eine Herausforderung für die psychischen Bewältigungsstrategien der BewohnerInnen. Zwar vermag ein Teil derer sich an die Situation der Pflege gewöhnen und ihre Widerstandsfähigkeit erhöht sich, aber der Großteil der Menschen erleidet ein psychisches Ungleichgewicht, welches sich in erhöhter Depressivität, geringer Lebenszufriedenheit und pessimistischer Lebenseinstellung zeigt. Somit kann die traditionelle stationäre Pflege als eine Situation verstanden werden, die

die Vulnerabilität der Menschen erhöht (vgl. Kruse 2007a, S. 364). Schwere Pflegebedürftigkeit bedeutet das Auflösen des Selbst mit dem Verlust der persönlichen Fassade, der Handlungsautonomie, der persönlichen Ökonomie und dem Auflösen der eigenen Territoriumsgrenzen (vgl. Sander 2003, S. 62ff).

Circa ein Drittel der BewohnerInnen stirbt innerhalb der ersten drei Monate nach Einzug in ein Heim. Damit werden die Menschen im Altenpflegeheim ständig mit dem Sterben anderer und ihrer eigenen Endlichkeit konfrontiert. Durch diese Konfrontation der BewohnerInnen und der Auseinandersetzung mit dem vorliegenden eigenen Leben erfährt die Zukunftsperspektive der Menschen eine Begrenzung (vgl. Kruse 2007a, S. 211f). Die aktive und konstruktive Auseinandersetzung bleibt dem gegenüber oft im Hintergrund, obwohl die Lebensversorgung als auch die Pflegeaufgaben auf existentieller Ebene innerhalb eines stark komprimierten Raumes stattfinden (vgl. Kruse 1992a, S. 109). Das Leben im Heim ist somit nicht nur ein Anpassungs- und Lernprozess sondern auch ein Trauer- und Abschiedsprozess (vgl. Hildebrandt 2012b, S. 261f).

Das Altenpflegeheim stellt trotz aller negativen Aspekte in den Strukturen, eine wichtige Versorgungsinstanz in unserer Gesellschaft dar.

#### **4.2.4 Arbeitsplatz Altenpflegeheim**

Die Lebensbedingungen der Menschen in den Altenpflegeheimen hängen stark von den Arbeitsbedingungen, der an der Pflege beteiligten MitarbeiterInnen ab, deshalb soll auch hier ein Versuch unternommen werden, das Altenpflegeheim neben dem Ort des Lebens auch als einen Ort des Arbeitens zu skizzieren. Auch hier sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um das aus der Fachliteratur ergebene Bild handelt, welche eine Typologie der Arbeitswelt Altenpflegeheim darstellt. Es existieren sicherlich Altenpflegeheime, in denen Pflegekräfte unter anderen Bedingungen arbeiten. Des Weiteren beziehe ich mich lediglich auf die am Pflegeprozess beteiligten MitarbeiterInnen.

Professionelle Pflege geht einher mit einer hohen und an die verschiedenen Situationen angepasste Sensibilität für die Bedürfnisse und Belange des pflegebedürftigen, alten Menschen und einer ausgeprägte Identifikation mit diesem. Pflegefachkräfte sollten hochwertiges, professionelles Wissen und Empathiefähigkeit unter idealen Rahmenbedingungen umsetzen können. Somit könnte mit der professionellen Pflege ein Berufsverständnis einhergehen, welches den Pflegekräften das Gefühl gibt, sinn- und verantwortungsvolles zu leisten, welches einen persönlichen Zugewinn mit sich bringen würde (vgl. Kruse, Wahl 1994, S. 94).

Im Jahr 2011 waren in den 12.354 deutschen stationären Pflegeeinrichtungen 661.179 Personen beschäftigt (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2013). Laut den Untersuchungen die Schilder (2007) unternommen hat, ist mehr als die Hälfte des Pflegepersonals nicht in einem Pflegeberuf ausgebildet, dennoch als Pflegehilfskräfte angestellt. Die Einarbeitung der ungelernten Pflegehilfskräfte kommt nicht selten zu kurz. Laut Schilder, sei diese negative Entwicklung auf die ansteigende Zahl der Pflegebedürftigen seit der Einführung des neuen Pflegeversicherungsgesetzes, den schlechten Arbeitsbedingungen und den damit verbundenen Mangel an neuen Auszubildenden zurückzuführen. Aufstiegs- und Karriere-, sowie Qualifikationschancen sind mangelhaft und das allgemeine gesellschaftliche Ansehen der Pflegekräfte wird als gering empfunden, zudem ist die Bezahlung der Arbeit mehr als fragwürdig (vgl. Schilder 2007, S. 126).

Die, aus dem Mangel an Pflegepersonal, resultierende Verdichtung von Aufgaben ist mit einer Erhöhung der Arbeitsbelastungen für die MitarbeiterInnen verbunden. Die qualitativ schlechtere Pflege, bei der großen Zahl an ungelernten Pflegehilfskräften und personell unterbesetzten Pflegestationen, kann zu einer „gefährlichen Pflege“ führen (ebd.). Bei gefährlicher Pflege erleidet der pflegebedürftige Mensch körperliche Schäden während der Pflege, zum Beispiel in Form eines Dekubitus oder nicht ausreichend zur Verfügung gestellte Maßnahmen und Hilfsmittel. Gefährliche Pflege äußert sich aber auch in Form von psychischen Belastungen, nämlich dann, wenn die pflegebedürftige Person das Gefühl hat, das Altenpflegeheim und das Personal interessiere sich nicht für ihn, der Tagesablauf ist nur an den Bedürfnissen der Institution ausgerichtet oder der Informationsfluss über die eigene Pflegebedürftigkeit sei unorganisiert und mangelhaft (vgl. PflegeWiki 2014).

Die Erledigung der Pflegeaufgaben ist, in die kleinste Ausführung auf die Minute vorgeschrieben und der daraus resultierende hohe Druck auf die MitarbeiterInnen, könnten die BewohnerInnen in Form von unterschwelligen gereizten, ungedulden oder aggressiven Verhalten seitens der Pflegenden wahrnehmen. Die Pflegebedürftigen wiederum, könnten dann mit teilweise langsamen und störrischen Verhalten reagieren um sich gegen die Behandlung zu wehren, was einem Teufelskreis gleichkommt (vgl. Schilder 2007, S. 119f).

Pflege ist darüber hinaus eine Sisyphusarbeit, die keinen Erfolg im Sinne von Heilung mit sich bringt. Gröning (2004) beschreibt die Situation der Pflege als „abarbeiten der BewohnerInnen“ (ebd., S.120) und stellt die Arbeitsbedingungen und die Bewältigungsstrategien der Pflegenden wie folgt dar:

„Pflege ist eine körperlich schwere Arbeit, d.h. es muss Erschöpfung verarbeitet werden. Pflege ist eine psychisch schwere Arbeit, d.h. es müssen Gefühle wie Scham und Mitleid verarbeitet werden. Pflege ist eine Arbeit unter hohem Zeitdruck, d.h. es muss Stress verarbeitet werden. Pflege ist eine Arbeit mit Nähe zum Bewohner, d.h. es müssen Schuldgefühle verarbeitet werden.“ (Gröning 2004, S. 200 zit.n. Schilder 2007, S.120).

Die in Altenpflegeheimen Beschäftigten unterstehen der Institution und sind in ihren Gestaltungsmöglichkeiten stark eingeschränkt, Koch-Straube schreibt über die Strukturen in der Institution Altenpflegeheim:

„(...) und darin sind nicht nur die alten Menschen „gefangen“. Auch die MitarbeiterInnen werden in der Verwirklichung ihrer persönlichen und fachlichen Kompetenzen, in ihrer Kreativität, ihren Wünschen, den Pflegebedürftigen hilfreich zur Seite zu stehen und ihren ethischen Prinzipien zu folgen, eingeschränkt.“ (Koch-Straube 2004, S. 224 zit.n. Schilder 2007, S. 110).

Alle Aufgaben der psychosozialen Betreuung werden durch den in dem Pflegeversicherungsgesetz vorgeschriebenen Finanzierungsrahmen ausgeklammert und müssen „nebenbei“ erbracht werden. Untersuchungen von Koch-Straube, Clarke und Beyer haben gezeigt, dass Pflegenden den physischen Problemen der BewohnerInnen mehr Bedeutung beimessen als sozio-emotionalen Problemen. Damit bleiben Lebenserfahrungen und Lebensbilanz der BewohnerInnen zweitrangig und können kaum wahrgenommen werden (ebd.).

Bei pflegebedürftigen Menschen, vor allem bei an Demenz erkrankten Menschen müssten Verhaltensweisen und Reaktionen individuell-biographisch betrachtet werden. Denn liegen keine lebens- oder zeitgeschichtlichen Daten vor oder werden nicht in die Pflege integriert können die Pflegenden irritiert reagieren und den ihnen zur Verfügung stehenden Methoden einsetzen, um BewohnerInnen „ruhig zu stellen“, dabei werden nicht selten Pharmazeutika eingesetzt (vgl. Schilder 2007., S. 118ff). Der hohe Arbeitsaufwand und die Belastungen für die Pflegenden lassen nur wenig Raum für soziale Kontakte zu den BewohnerInnen zu:

„(...) Plauderei und persönliche Gespräche werden als Arbeitsverzögerungstaktik und Drückebergerei abgewertet und auszuschalten versucht.“ (Knobling 1999, S. 65 zit.n. Schilder 2007, S. 123).

Dabei scheinen die Pflegenden mitunter zu den wichtigsten SozialpartnerInnen der Pflegebedürftigen zu gehören. Deshalb gehört zu einer professionellen Pflege eine gute Balance zwischen des Sicheinlassens auf die BewohnerInnen und einer konstruktiven, für alle zufriedenstellende Distanz (vgl. Kruse, Wahl 1994, S. 85). Ich habe zuvor schon einmal das Bedürfnis nach Sexualität und Intimität seitens der BewohnerInnen angesprochen, dieses Bedürfnis kann zu einer Belastung für die Pflegenden werden, wenn sich dieses gegenüber den Pflegenden äußert, unter anderem in Form von klaren Ansagen gegenüber Pflegenden, die deren Attraktivität betonen oder durch das aufdringliche Zeigen der Geschlechtsteile. Eine andere Situation ist die, wenn in Verbindung von taktvoller körperlicher Pflege mit einer sensiblen Ansprache, sexuelle, körperliche oder emotionale Erregung bei den pflegebedürftigen Menschen hervorgerufen wird. Hier gilt eine frühe, sehr sensible Auseinandersetzung mit dem Menschen über dessen Bedürfnis (ebd., S. 96).

Ein weiteres Merkmal der Arbeitswelt, aber auch der Lebenswelt Altenpflegeheim ist die Asymmetrie zwischen den Pflegenden und den Pflegebedürftigen. Dabei spielen Faktoren wie Macht- und Ohnmachtserleben auf verschiedenen Ebenen eine Rolle. Die Institution demonstriert Macht durch die Pflegekräfte, indem sie das Leben der BewohnerInnen bis auf das Kleinste regelt, somit nehmen die Pflegebedürftigen sich als machtlos wahr. Aber auch die Pflegenden selbst nehmen sich in vielen Situationen gegenüber den BewohnerInnen und der Institution als hilflos wahr. Bei dieser Asymmetrie stehen sich eine Reihe von Dingen gegenüber, zum Beispiel Nacktheit und Angezogen-Sein oder Aktivität und Passivität. Auch die Zeithorizonte der Pflegenden und der Pflegebedürftigen laufen in zwei Richtungen: die erlebte und noch zu lebende Zeit wird unterschiedlich wahrgenommen (vgl. Schilder 2007., S. 118ff). In wie fern die beiden Gruppen was als Macht und Ohnmacht empfinden, kann nicht einfach bestimmt werden. Es scheint dennoch offensichtlich zu sein, dass diese Asymmetrie an dem Ort der zugleich Lebens- und Arbeitswelt auf einem stark komprimierten Raum an den existentiellen Grenzen des Seins, auf beiden Seiten zu Belastungen führen kann.

In diesem Zusammenhang soll auf Gewalt in Altenpflegeheim hingewiesen werden, diese kann in verschiedensten Konstellationen auf verschiedenen Ebenen existieren: Gewalt von Pflegenden gegenüber anderen HeimbewohnerInnen, Gewalt von HeimbewohnerInnen gegenüber Pflegekräften, Gewalt von der Institution gegenüber den Pflegekräften usw., es spielen also bei der Ursache von Gewalt, Merkmale der BewohnerInnen, Merkmale des Personals, Merkmale der Umwelt und Merkmale der Institution eine Rolle (vgl. Kruse, Wahl 1994, S. 98).



Gerade weil Sterbebegleitung und Sterben zu dem Arbeitsalltag der Pflegekräfte gehört vermutet man bei ihnen weniger Schwierigkeiten im Umgang mit dem Tod, jedoch scheint gerade dieses Thema die größte Herausforderung für MitarbeiterInnen zu sein. Sie stellt eine Grenzsituation dar, und geht mit großen psychischen Belastungen, dem Gefühl überfordert zu sein und dem Gefühl der Hilflosigkeit, einher (vgl. Kruse 2007b). MitarbeiterInnen scheinen sich fachlich und professionell wenig vorbereitet zu fühlen, Menschen am Ende ihres Weges zu begleiten, vor allem beklagen sie die mangelnde Vorbereitung auf die erlebten Grenzsituationen während der Pflege (ebd.). Die ständige Konfrontation mit Leid, Krankheit und Tod könnte eine weitere Ursache dafür sein, weshalb Pflegende nicht die individuelle Lebensgeschichte und Biographie des Menschen wahrnehmen können. Das Resultat wäre unter diesen Arbeits- und Lebensbedingungen erhöhte Schuld- und Schamgefühle (vgl. Schilder 2007, S. 122).

Hier stellt sich die Frage, ob Sterbebegleitung überhaupt erlernt werden kann oder ob es eher eine inneren Haltung nach einem langen Auseinandersetzungsprozess mit dem Sterben ist? Klar sollte auch sein, dass ein Altenpflegeheim keinen medizinfreien Raum darstellen kann, insbesondere deswegen nicht, weil dort pflegebedürftige Menschen leben, die medizinische Versorgung benötigen.

#### **4.2.5 Biographisches Wissen seitens der Pflegenden**

Der Einbezug der Biographie stellt ein Qualitätsmerkmal in den Leitbildern von Pflegeeinrichtungen da. Die biographische Erfragung erfolgt beim Einzug der BewohnerInnen meist in Form eines standardisierten Fragebogens. Diese Biographiebögen gehören zu dem Dokumentationssystem des Pflegeprozesses (vgl. Sander 2003, S. 69). Bei dem Einzug werden die BewohnerInnen nach Angaben zu Lebenslauf, Religion, Mutter- oder Vaterschaft befragt. Aber auch nach der eigenen Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel Beweglichkeit bei Körperhygiene oder beim An- und Auskleiden, aber auch das Sozial-, Ruhe- und Schlafverhalten. Für Wünsche und besondere Lebensereignisse ist ebenso Platz. Auf den ersten Blick mag dieser Biographiefragebogen sehr hilfreich erscheinen. Wenn biographisches Wissen allerdings nicht im Pflegealltag integriert wird, ist er eher kritisch zu betrachten. Durch die formelle Darstellung der Biographie werden die Menschen zu einem fixierten Selbst im Rahmen der Pflegebedürftigkeit. Alles was innerhalb des Interaktionsrahmens der Pflege geschieht, lässt sich im schlechtesten Fall auf die fixierte Momentaufnahme des/der BewohnerIn aus dem Biographiebogen zurückführen. Durch die Fixierung entsteht die Gefahr der Stereotypisierung der BewohnerInnen und widerspricht der Definition von Biographie (vgl. Sander 2003, S. 69ff).

Durch empirische Untersuchungen in der stationären Pflegeeinrichtungen, von Koch-Straube (2004) und Beyer (2002) stellte sich heraus, dass Pflegende kaum Kenntnisse über lebensgeschichtliche Erfahrungen der BewohnerInnen besitzen. Die Erkenntnis geht mit dem beschriebenen medizin- und körperorientierten Pflegeverständnis einher, in dem das Geworden-Sein des Menschen eher in den Hintergrund tritt (vgl. Schilder 2007, S. 126). Auch scheint bei dem Erfassen der Biographien ein unsystematisches und unkoordiniertes Vorgehen unter den Pflegenden zu herrschen. Es wird zwar eine Anzahl von biographischen Wissen gesammelt, andererseits werden die Informationen nicht sensibel genug aufgearbeitet (ebd., S. 127ff). Pflegende können mit dem wenigen lebensgeschichtlichen Wissen zum Teil nur Vermutungen über Bedürfnisse, Zukunftsperspektiven und Ursachen für Verhaltensweisen anstellen. Die Deutungsversuche können zu falschen Schlüssen führen und Pflegende wissen dann nicht:

„(...) was die Menschen in diesem Leben noch wollen, warum sie nicht sterben können, oder warum sie sterben wollen. Denn die Zukunft erschließt sich aus der Gegenwart und Vergangenheit.“ (Koch-Straube 1997, S. 160-161 zit.n. Schilder 2007, S. 126).

Ausreichendes lebensgeschichtliches Wissen über die Pflegebedürftigen hätte einen positiven Effekt auf die BewohnerInnen und auf die Pflegenden. Allerdings nur dann, wenn Pflegekräfte ausreichend Kompetenzen im richtigen Umgang mit dem lebensgeschichtlichen Wissen besitzen (ebd.). Um herauszufinden, warum gewisse Aktivitäten den BewohnerInnen trotz des Wissens aus dem Biographiebogen keine Freude bereiten, bedarf es der Interaktion und Kommunikation mit ihnen (vgl. Opitz 1998, S. 90). Es besteht noch heute eine Diskrepanz zwischen dem Leitbild einer professionellen Pflege die Lebenserfahrungen der BewohnerInnen einbezieht und dem Pflegealltag in der Praxis (vgl. Schilder 2007., S. 127ff).

### **4.3 Auswertung**

2010 waren 4,3 Millionen Personen in Deutschland mindestens 80 Jahre alt (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2012). Die Menschen, die den Nationalsozialismus, den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit als Kinder und Jugendliche miterlebt haben, leben unter uns. Die Spätfolgen belastender bis traumatisierender Erfahrungen wirken sich bis in die hohe Alterssituation aus. Diese Erfahrungen haben die Menschen geprägt.

Belastungen können sich verstärken, wenn damalige Erlebnisse, die Anforderungen durch die Pflegebedürftigkeit und eine einseitige körper-orientierte Pflege kollidieren. Für diese

These gibt es verschiedene Belege. Ich möchte an den Beispielen Selbstbestimmung und Kontrollmöglichkeiten, Verlust der Wohnung, körperzentrierte Erziehung, chronische Schmerzzustände und an einer Bemerkung von Frau C., belegen, dass die Pflegebedürftigkeit und die Erfahrungen der Geburtskohorte miteinander kollidieren können. Darüber hinaus wird versucht nahe zu legen, wie ein ganzheitlicher Pflegeprozess, der die Biographie der Menschen einbezieht, sie bei der Bewältigung der Belastungen unterstützen könnte.

Bei der Pflegebedürftigkeit sind Kontrollmöglichkeiten eingeschränkt, jedoch verstärken negative Altenpflegeheimstrukturen den Verlust von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Das stellt eine Situation dar, die auch für nicht durch den Krieg belastete Menschen eine Herausforderung für die Bewältigungsstrategien ist (vgl. Kapitel 4.2.3). In Kapitel 2.3 „Bedeutung der Biographie im Pflegeprozess“ wurde betont, dass hinter Verhalten pflegebedürftiger Menschen subjektive Handlungsüberzeugungen stehen, die sich auf Grund von Erfahrungen im Laufe des Lebens gebildet haben. Die Erfahrungen der Geburtsjahrgänge prägten sie in Bezug auf einen ausgeprägten Ordnungs- und Kontrollsinn sowie einem hohen Sicherheits- und Autonomiebestreben (vgl. Kapitel 4.1.2). Selbstverantwortung und Mitbestimmung könnten durch einen Pflegeprozess, der das Wissen um Lebens- und Zeitgeschichte des Menschen einschließt, gefördert werden. Erst dann wäre es möglich, dass der Mensch die Abhängigkeit von Personen und Hilfsmitteln bewusst annehmen kann und sich nicht mehr fremdbestimmt fühlt (vgl. Kapitel 2.3). Damit erlangt er wieder Kontrollmöglichkeiten über sein eigenes Leben. Ebenfalls könnte es den Menschen der Geburtsjahrgänge 1930-1934 durch frühes Funktionieren-Müssen und Einschränkungen in der psycho-sozialen und psycho-sexuellen Entwicklung schwer fallen, eigene Bedürfnisse zu benennen (vgl. Kapitel 4.1.3). Hier entsteht ein Dilemma zwischen dem Bewusstsein um die eigene Hilfsbedürftigkeit und dem nicht Benennen-Wollen oder nicht Benennen-Können dieser. Dazu gehört auch die Angst vor einem Schaden oder Enttäuschung bei der Annahme von Hilfe. Es könnten Verhaltensweisen gezeigt werden, die augenscheinlich nicht als Hilferuf verstanden werden. Durch den Einbezug biographischen und zeitgeschichtlichen Wissens könnten die Pflegenden dieses Verhalten besser deuten und das Dilemma dahinter besser verstehen.

Durch die nationalsozialistische und familiäre körperzentrierte Erziehung, deren Mittelpunkt das Funktionieren des Körpers zu jeder Zeit und in jeder Lebenslage ist, konnte wohl das Überleben in Kriegs- und Nachkriegsjahren gesichert werden, aber durch den Verlust der vollen Funktionsfähigkeit des Körpers im Alter, könnte eine narzisstische

Kränkung entstehen, die sich belastend auswirken kann (vgl. Kapitel 3.2.3). Die Menschen werden dann vor die Aufgaben gestellt, neue Rollen und Lebensinhalte weg von der körperlichen Ebene zu suchen und zu finden. Durch die Beschäftigung mit der Biographie könnten Ressourcen und Potentiale aufgedeckt werden, die in der Jetzt-Situation nicht offenkundig erscheinen und dabei unterstützend wirken, das Augenmerk auf neue Entwicklungsmöglichkeiten zu lenken ( vgl. Kapitel 2.4).

Gegenstände und Möbel, die identitätsbeschreibend sind, werden in den Heimen nicht oder nur in geringer Zahl erlaubt (vgl. Kapitel 4.2.1). Diese Situation könnte an eventuelle Kriegserfahrungen erinnern, als Hab und Gut verloren wurde, die Familie mittellos da stand und alles neu erarbeitet werden musste (vgl. Opitz 1998, S. 52).

Seelische Prozesse beeinflussen Schmerzzustände, in dem sie diese verstärken, überlagern oder verschlimmern können (vgl. Kapitel 1.4). Empirisch wurde belegt, dass Flucht- und Vertreibungserfahrungen sowie das Aufwachsen ohne ausreichende kindliche Sicherheit mit höheren somatischen Beschwerden einhergehen (4.1.1). Deshalb sollten nicht erklärbare hohe Schmerzzustände auf mögliche biographische Ursachen untersucht werden, zum Beispiel den psychischen Auswirkungen von Kriegserfahrungen.

Die Zeitzeugin Frau C. machte eine ganz banal wirkende Bemerkung:

*„So und da sind da meine Brüder in die Stiefelmühle mit de Handwagen gefahren, äh . gefahren und haben den Hafer quetschen lassen und das war unser Essen jeden Tag. Das war (würgt). Deswegen komm ich bis heute an keene Haferflocken mehr ran.“*

Frau C. kommt bis heute auf Grund ihrer Lebensgeschichte „an keine Haferflocken mehr ran“. Der Einbezug von biographischen Wissen umfasst demnach auch Abneigungen, Vorlieben und Lebensgestaltung. Biographisches Wissen könnte zum Teil erklären, warum pflegebedürftige Menschen Essen verweigern, sich gegen bestimmte Pflegemaßnahmen wehren oder um positiv zu sprechen, was ihnen Spaß macht, Freude bereitet und besonders gut schmeckt.

Die Literaturrecherche hat zum Ergebnis, dass der Einbezug biographischen Wissens zwar ein Qualitätsmerkmal professioneller Pflege darstellt, der Einbezug in der Praxis vieler Altenpflegeheime aber nur mangelhaft umgesetzt werden kann. Es wurde darüber hinaus belegt, dass die stationäre Pflege von einem körper-orientierten und medizinischen Pflegeverständnis geprägt ist, bei der lebensgeschichtliche Erfahrungen eher zweitrangig sind. Das liegt zum Großteil an den Strukturen der Altenpflegeheime selbst und den Finanzierungsmodalitäten durch das Pflegeversicherungsgesetz. Die Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte behindern einen ganzheitlichen Blick auf die Pflegebedürftigen. Sie

fühlen sich zudem wenig vorbereitet mit den in der Pflege einhergehenden Grenzsituationen umzugehen und das behindert ebenfalls einen ganzheitlichen Blick auf die pflegebedürftigen Menschen. Die psycho-soziale Betreuung in den Altenpflegeheimen könnte Aufgabe der Sozialen Arbeit sein, allerdings ist und bleibt ihre Stellung dort ungewiss, und damit auch die Professionalisierung und der Stellenwert gerontologisch orientierter sozialer Arbeit.

## Resümee

Pflegen ist nicht nur ein körperliches, sondern auch ein seelisch-geistiges, ein soziales und ein existenzielles Geschehen.

Sonja Ehret

Mit den Worten von Sonja Ehret, Professorin an der Heidelberger Universität, möchte ich diese Bachelorarbeit abschließen. In dieser Arbeit wurde belegt, dass Pflege kein rein körperliches Geschehen ist und in einem ganzheitlichen Pflegeprozess, Platz für die Biographie jedes Menschen sein sollte.

Die Fragestellung wurde in dieser Bachelorarbeit unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht und sie kann damit beantwortet werden, dass die Biographie im Pflegeprozess eine wichtige Bedeutung einnimmt, wenn sie in die Pflege einbezogen wird.

Dafür habe ich in dieser Bachelorarbeit die Bedeutung der Biographie im ersten Teil anhand von Kompetenz, Potentiale und subjektiven Gesundheitserleben im Alter untersucht und im zweiten Teil am Beispiel der Geburtsjahrgänge 1930-1934 und ihren Erlebnissen zwischen Nationalsozialismus, Zweiten Weltkrieg und der Nachkriegszeit. Die Beweisführung des zweiten Teils ist sehr typologisiert und darin liegt die Schwäche dieser Arbeit, denn das Plädieren auf die Wahrnehmung lebensgeschichtlicher Erfahrungen am Beispiel nachweisbarer Erlebnisse im Nationalsozialismus, dem Zweiten Weltkrieg und der Nachkriegszeit ist im Grunde auch nur eine Stereotypisierung des Menschen. Und das steht in Diskrepanz zu meinen Anfangsgedanken. Darin liegt meines Erachtens das Potential zur Weiterentwicklung dieser Arbeit. Die narrativen Interviews, die ich durchgeführt habe, könnten ausgewertet und Rückschlüsse gezogen werden. Das habe ich mir innerhalb einer zehnwöchigen Bearbeitungszeit und nur einem Semester „Einführung in die empirische Sozialforschung“ nicht zugetraut.

Darüber hinaus könnte ein genauerer Blick auf die Pflegeversicherung gelegt werden, insbesondere in Bezug auf die Stellung der Sozialen Arbeit. Mit einem umfassenden Blick über die Finanzierungsmodalitäten könnten Vorschläge für ganzheitliche Pflegekonzepte erarbeitet werden. Aber auch Vorschläge auf politischer Ebene, die sowohl die Würde der Pflegebedürftigen als auch der Pflegenden einbezieht, denn diese Bachelorarbeit hat unter anderem aufgezeigt, dass Pflegende eine schwer körperliche und psychische Arbeit verrichten. Die momentanen Arbeitsbedingungen der Pflegenden trägt dazu bei, dass sich kein ganzheitliches Pflegeverständnis auf Seiten der Pflegekräfte entwickeln kann und lebensgeschichtliche Erfahrungen zweitrangig bleiben. Es müsste für alle an der Pflege

beteiligten Raum und Zeit geschaffen werden, ein soziales Miteinander zu ermöglichen. Für die Umsetzung neuer Pflegekonzepte bedarf es aber auch einen Wandel des Altersbild in der Gesellschaft. Eine Gesellschaft die Räume öffnet und ihr Interesse an die pflegebedürftigen Menschen richtet. So könnten ganzheitliche Pflegekonzepte umgesetzt werden, die gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen und einen intergenerationellen Austausch fördern. Andreas Kruse formuliert es passend:

„Auch im Falle schwerer körperlicher und kognitiver Verluste eines älteren Menschen achtet eine altersfreundliche Kultur dessen Einzigartigkeit, bringt sie ihren Respekt vor dessen Menschenwürde zum Ausdruck, vermeidet sie es, die Lebensqualität dieses Menschen von außen bestimmen zu wollen, spricht sie diesem nicht das grundlegende Recht auf Teilhabe wie auch auf eine fachlich und ethisch fundierte medizinisch-pflegerische Betreuung ab.“ (Kruse 2014b, S.18).

Darüber hinaus wurde bewiesen, das Selbstverantwortung, Selbstständigkeit, angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung im Pflegeprozess durch Einbezug des biographischen Arbeitens unterstützt werden können. Da-Seins-Themen wie der Lebenssinn, sind nicht direkt abzufragen, sondern lassen sich nur durch Zusammenhänge aus der Biographie, der Emotionalität und der Spontanität des Menschen erkennen. Sie sind biographisch verankert, abhängig von der Jetzt-Situation und sind Ausdruck des Selbstbilds des Menschen (vgl. Ehret 2014).

Das Erleben und Wahrnehmen der Situation zunehmender gesundheitlicher Einschränkungen erfolgt unter anderem vor dem biographischen Hintergrund. Das subjektive Gesundheitserleben ist neben anderen Faktoren davon abhängig, wie in früheren Lebenssituationen mit Belastungen und Krise umgegangen wurde.

Pflegedürftigkeit im Alter kann als Grenzsituation verstanden werden. Eine ganzheitliche biographisch-orientierte Pflege könnte die Belastungen, die durch das Erleben der Grenzsituation auftreten, mindern und den Menschen dabei unterstützen, durch sie hindurch zu gehen.

Welchen Halt der Mensch hat, wie er ihn hat, sucht, findet, bewahrt,  
das ist der charakteristische Ausdruck der in ihm lebendigen Kräfte.

Karl Jaspers

Der Einbezug der Biographie hat einen hohen Stellenwert für eine ethisch vertretbare Altenpflege und kann als Teil eines ganzheitlichen Pflegeverständnis verstanden werden.

## Quellenverzeichnis

ARNOLD, Karen (1992):

Gesundheitserleben und -verhalten älterer Menschen. In: KAISER, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. Angewandte Alterskunde; Band 7. S. 117-136. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (2012):

Zahlen und Fakten. Die soziale Situation in Deutschland. Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht.

<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61538/altersgruppen>, verfügbar am 23.09.2014, 14.31 Uhr

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (2013):

Zahlen und Fakten. Die soziale Situation in Deutschland. Pflegebedürftige.

<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61819/pflege>, verfügbar am 23.09.2014, 14.26 Uhr

BERNART, Yvonne, KRAPP, Stefanie (1998):

Das narrative Interview. Ein Leitfaden zur rekonstruktiven Auswertung. Forschung, Statistik & Methoden; Band 2. Landau: Verlag Empirische Pädagogik

BETZENDAHL, Herta (2005):

Psychophysische Auswirkungen des Krieges auf deutsche Kinder des Zweiten Weltkrieges. In: JANUS, Ludwig (2006): Geboren im Krieg. Kindheitserfahrungen im 2. Weltkrieg und ihre Auswirkungen, S.125-134. Gießen: Psychosozial-Verlag

BRÄHLER, Elmar, DECKER, Oliver, RADEBOLD, Hartmut (2005):

Ausgebombt, vertrieben, vaterlos – Langzeitfolgen bei den Geburtsjahrgängen 1930-1945 in Deutschland. In: RADEBOLD, Hartmut (Hrsg.) (2005): Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen, 2. Auflage., S. 111-136. Gießen: Psychosozial-Verlag

BRELOER, Gerhard (2000):

Lernangebote als Beitrag zur Sinngebung im Alter. In: BRELOER, Gerhard (Hrsg.) (2000): Sinnfragen im Alter. Beiträge der Wissenschaft. Studium im Alter; Band 6. S. 3-15. Münster, New York: Waxmann Verlag

BRANDENBURG, Hermann (1994):

Soziologie des Heims. In: KRUSE, Andreas; WAHL, Hans-Werner (Hrsg.) (1994): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Angewandte Alterskunde; Band 12. S. 67-82. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag



BELARDI, Nando, FISCH, Marlies, MÜLLER, C. Wolfgang (Hrsg.) (1999):

Altenhilfe. Eine Einführung für Studium und Praxis. Berufsfelder der Sozialen Arbeit; Band 8.  
Weinheim und Basel: Beltz Verlag

BLIMLINGER, Eva, ERTL, Angelika, KOCH-STRAUBE, Ursula, WAPPELSHAMMER, Elisabeth (1996):

Lebensgeschichten. Biographiearbeit mit alten Menschen. Zweite, überarbeitete und erweiterte  
Auflage. Hannover: Vincentz Verlag

EHRET, Sonja (2014)

Eine neue Kultur des Pflegens, des Helfens, des Sorgens...Herausforderung für unsere Gesellschaft.

karlsruhe\_scriptversion.pdf; aufgerufen am 12.11.2014; 13.41 Uhr

FAHNERT, Karin, RICHTER, Gerd (Hrsg.) (1996):

Chemnitzer Erinnerungen 1945. Teil 2. Bürger schreiben für Bürger. Chemnitz: Verlag Heimatland  
Sachsen Chemnitz

FUCHS-HEINRITZ, Werner (2005).

Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden. 3., überarbeitete Auflage.  
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

FRANZ, Matthias (2006):

Die biografische Langzeitwirkung kriegsbedingter Vaterlosigkeit. Befunde aus der Mannheimer  
Kohortenstudie. In: JANUS, Ludwig (2006): Geboren im Krieg. Kindheitserfahrungen im 2.Weltkrieg  
und ihre Auswirkungen, S. 69-84. Gießen: Psychosozial-Verlag

GRÖNING, Katharina (2000):

Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen, 2. Auflage. Frankfurt am  
Main: Mabuse-Verlag GmbH

HESSE, Hermann (2002):

Mit der Reife wird man immer jünger. Insel Taschenbuch 2857. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

HILDEBRANDT, Johanna (2012a):

Lebensweltorientierte Soziale (Alten-)Arbeit. In: KLEINER, Gabriele (Hrsg.) (2012): Alter(n) bewegt.  
Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. S.249-259. Wiesbaden:  
Springer VS Verlag

HILDEBRANDT, Johanna (2012b):

Sozialarbeit im Kontext Alten- und Pflegeheim. In: KLEINER, Gabriele (Hrsg.) (2012): Alter(n)  
bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. S.261-270.  
Wiesbaden: Springer VS Verlag

HOERNING, Erika M. (1989):

Erfahrungen als biographische Ressource. In: ALHEIT, Peter, HOERNING, Erika M. (Hrsg.) (1989): Biographisches Wissen. Beiträge zu einer Theorie lebensgeschichtlicher Erfahrung. S. 148-163. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.

KAISER, Heinz Jürgen (1992a):

Die Bedeutung eines reflektierten Umganges mit sich selbst. In: KAISER, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. Angewandte Alterskunde; Band 7. S. 169-193. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag

KAISER, Heinz Jürgen (1992b):

Die persönliche Welt als Forschungsthema. In: KAISER, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. Angewandte Alterskunde; Band 7. S. 17- 33. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag

KRUSE, Andreas (1992a):

Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag GmbH

KRUSE, Andreas (1992b):

Lebenskrisen und die Bewältigung gesundheitlicher Belastungen. In: KAISER, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. Angewandte Alterskunde; Band 7. S. 89-115. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag

KRUSE, Andreas, WAHL, Hans-Werner (1994)

Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen. In: KRUSE, Andreas; WAHL, Hans-Werner (Hrsg.) (1994): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Angewandte Alterskunde; Band 12. S. 83-112. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag

KRUSE, Andreas (1996):

Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In: BALTES, Margret, MONTADA, Leo (Hrsg.) (1996): Produktives Leben im Alter. ADIA-Stiftung zur Erforschung neuer Wege für Arbeit und soziales Leben. Band 3. S.290-322. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag

KRUSE, Andreas (2007a):

Chancen und Grenzen der Selbstverantwortung im Alter. In: HÄRLE, Wilfried, VOGEL, Bernahrd (Hrsg.) (2007): Vom Rechte, das mit uns geboren ist. Aktuelle Probleme des Naturrechts, S. 335-377. Freiburg: Herder Verlag

KRUSE, Andreas (2007b):

Grundriss Gerontologie. Band 21. Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag GmbH

KRUSE, Andreas (2014a):

Zeitspannen, Zeiträume des Alters

[http://www.pro-senectute.ch/uploads/media/Kruse\\_Zeitspannen\\_\\_Zeitraeume\\_des\\_Alters.pdf](http://www.pro-senectute.ch/uploads/media/Kruse_Zeitspannen__Zeitraeume_des_Alters.pdf); aufgerufen am 12.11.2014; 13.35 Uhr

KRUSE, Andreas (2014b):

Altern und Alter aus einer sozialetischen Perspektive –die gesellschaftliche Mitverantwortung für ältere Menschen, die Mitverantwortung älterer Menschen für die Gesellschaft.

2014kruse\_aschermittwoch.pdf; aufgerufen am 12.11.2014; 13.39 Uhr

LANGENDORF, Uwe (2006):

Hart wie Kruppstahl – über die Instrumentalisierung der Kindheit für den Krieg im Nationalsozialismus. In: JANUS, Ludwig (2006): Geboren im Krieg. Kindheitserfahrungen im 2. Weltkrieg und ihre Auswirkungen, S.273-285. Gießen: Psychosozial-Verlag

MARCEL, Gabriele; In: Flynn, Thomas R. (2008)

Eine Einführung in den Existentialismus. Aus dem amerikanischen von Erik M. Vogt. Wien: Verlag Turia + Kant

MAYRING, Phillip, SAUP, Winfried (Hrsg.) (1990):

Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag GmbH

MILLER-KIPP, Gisela (Hrsg.) (2002):

„Auch du gehörst dem Führer“. Die Geschichte des Bundes deutscher Mädels (BDM) in Quellen und Dokumenten, 2., durchgesehene Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

OPITZ, Hanne (1998):

Biographie-Arbeit im Alter. Erziehung, Schule und Gesellschaft. Band 19. Würzburg: Ergon-Verlag

PFLEGEWIKI (2014):

Gefährliche Pflege.

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Gef%C3%A4hrliche\\_Pflege](http://www.pflegewiki.de/wiki/Gef%C3%A4hrliche_Pflege), verfügbar am 30.10.2014, 14.05 Uhr

RADEBOLD, Hartmut (2009):

Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter, 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

REICHERT, Monika, WAHL, Hans-Werner (1994):

Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: KRUSE, Andreas; WAHL, Hans-Werner (Hrsg.) (1994): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Angewandte Alterskunde; Band 12. S. 15-47. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag

SANDER, Kirsten (2003):

Biographie und Interaktion. Lebensgeschichten im institutionellen Rahmen eines Altenheimes. Werkstattberichte des Interuniversitären Netzwerkes Biographie- und Lebensweltforschung der Universität Bielefeld, Bremen und Göttingen; Band 13. Bremen: Universitätsbuchhandlung Bremen

SAUP, Winfried (1990):

Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim. 5. Kapitel. In: MAYRING, Phillip, SAUP, Winfried (Hrsg.) (1990): Entwicklungsprozesse im Alter. S.75-104. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag GmbH

SCHILDER, Michael (2007):

Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege. Eine qualitative Untersuchung pflegerischer Interaktion und ihrer Wahrnehmung durch pflegebedürftige Personen und Pflegenden. Bern: Verlag Hans Huber

SCHWEPPE, Cornelia (2005):

Alter und soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. 1. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren

THOMAE, Hans (1992):

Eine psychologische Theorie der Anpassung an das Alter. In: KAISER, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. Angewandte Alterskunde; Band 7. S. 63-87. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag

## **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Ort

Datum

Unterschrift